KATAMNESE VON PATIENTEN DER ABTEILUNG FÜR PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOSOMATIK AN DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Versuch einer Überprüfung der Wirkung von psychotherapeutischen Beratungsgesprächen

Thomas von CUBE

1981

Dissertations- und Fotodruck ANNELIESE SCHUBERT
Corneliusstraße 21 · 8000 München 5 · Telefon 26 81 77

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545801_0059

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München
Direktor: Prof. Dr. med. Hanns Hippius

KATAMNESE VON PATIENTEN DER ABTEILUNG FÜR PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOSOMATIK AN DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Versuch einer Überprüfung der Wirkung von psychotherapeutischen Beratungsgesprächen

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig Maximilians-Universität München

vorgelegt von
Thomas von Cube

aus
Heidelberg

Jahr
1981

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. med. S. Elhardt
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. med. H. Hippius
Dekan:	Prof. Dr. med. W. Spann
Tag der mündlichen Prüfung:	25. 06. 1981

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

"Was ihr nicht rechnet,
glaubt ihr, sei nicht wahr ..."
(Mephisto in Goethes Faust)

DANKSAGUNG

Für die rege Unterstützung und die kritische Anleitung bedanke ich mich besonders bei Herrn Dr. P. G. Vogel, dem ich mich auch persönlich verbunden fühlte. Das Ende dieser Arbeit konnte er wegen seines tragischen unerwarteten Todes nicht miterleben. Herr Dipl.Psych. Pfitzner hat sich in dankenswerter Weise mit zahlreichen Anregungen um einen erfolgreichen Abschluß der Arbeit angenommen.

Dafür, daß er mir ermöglichte diese Arbeit zu schreiben und für das Interesse, mit dem er ihr Fortschreiten verfolgte, möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. med. S. Elhardt, dem Vorsteher der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik an der Psychiatrischen Klinik der Universität München, bedanken.

Herrn Professor Dr. H. H. Hippius, dem Direktor der Psychiatrischen Klinik der Universität München, gilt Dank als dem Schirmherrn über die seelenheilkundliche Medizin an der Universität München und somit auch als Schirmherrn über meine Arbeit.

Ebenfalls bedanke ich mich bei den Mitarbeitern des Instituts für Medizinische Informationsverarbeitung, Statistik und Biomathematik an der Universtität München für die freundliche Unterstützung.

Zuletzt möchte ich mich noch herzlich bei Frau Rittau von der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik bedanken, die mir bei vielen Dingen mit Rat und Tat geholfen hat.

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
1.	Einleitung	1
1.1	Die Bedeutung der Psychotherapie	1
1.2	Die Notwendigkeit der Beratungsstellen	1
1.3	Die Aufgaben und die Arbeitsweise der Beratungsstellen	2
1.4	Die Frage der Effizienz; Autoren, die katamnestische Untersuchungen gemacht haben; was sie fanden; Eysenck	4
1.5	Das Anliegen dieser Arbeit	5
2.	Material und Methode	6
2.1	Material aus der Patientendokumentation	6
2.2	Methoden	6
2.2.1	Diskussion der methodischen Probleme, wie sie bei verschiedenen Autoren dargestellt sind	6
2.2.2	Verschiedene Nachuntersuchungsmethoden	9
2.2.3	Diskussion methodischer Probleme, wie sie vor und bei der Erstellung der vorliegenden Untersuchung auftraten	10
2.2.4	Der Fragebogen	12
2.2.5	Aufbereitung der Daten zur statistischen Auswertung	16
2.2.5.1	Soziale Daten	16
2.2.5.2	Klinisch-diagnostische Daten und Daten, die aus der Arzt-Patient-Beziehung entstanden	17
2.2.6	Die Rechengänge	18
3.	Tabellen und Ergebnisse aus der Patientendokumentation und dem Fragebogen	19
3.1	Häufigkeitstafeln aus Daten der Patientendokumentation und Vergleichstabellen aus der Literatur (Tabellen I)	19
3.1.1	Woher kommen die Patienten zum psychotherapeutischen Beratungsgespräch?	19
3.1.2	Die Altersverteilung	20
3.1.3	Die Geschlechtsverteilung	22
3.1.4	Die Krankenkassenzugehörigkeit	23
3.1.5	Die Diagnose	24
3.1.6	Die Therapievorschläge	26

		Seite
3.2	Daten aus dem Fragebogen (Tabellen II)	28
3.2.1	Rücklauf des Fragebogens	28
3.2.2	Häufigkeitstafeln der Antworten auf die geschlossenen Fragen des Fragebogens	30
3.2.2.1	Die Fragen nach der subjektiven Einschätzung der Gespräche	30
3.2.2.2	Die empfohlenen Therapien	32
3.2.2.3	Die Behandlungsaufnahme	33
3.2.2.4	Die Wartezeit	34
3.2.2.5	Gründe, weshalb der Therapievorschlag nicht angenommen wurde	35
3.2.2.6	Behandlungen, die außer oder zusätzlich zur empfohlenen Therapie zustande kamen	36
3.2.2.7	Die Vermittlungshilfe	37
3.2.2.8	Die Reaktion auf die anschließend aufgenommene Therapie	38
3.2.3	Die freien Antworten	39
4.	Die Auswertung der in den Häufigkeitstafeln dargestellten Daten aus Patientendokumentation und Fragebogen durch Kontingenztafeln (Tabellen III)	41
4.1	Die Bedeutung von Patientenmerkmalen für die Weiterbehandlung	41
4.1.1	Der Oberweisungsmodus zum psychotherapeutischen Beratungsgespräch	41
4.1.2	Das Alter	43
4.1.3	Das Geschlecht	45
4.1.4	Die Krankenkassenzugehörigkeit	46
4.1.5	Prognostisch günstige Patientenvariablen	47
4.2	Welche Merkmale aus der Patient-Therapeut-Interaktion hatten Bedeutung für die weitere Behandlung?	48
4.2.1	Diagnosen und Weiterbehandlung	49
4.2.1.1	Psychosomatische bzw. neurotische Erkrankung und Behandlungsaufnahme	49
4.2.1.2	Psychosenahe Zustände und Behandlungsaufnahme	50
4.2.1.3	Neurosenstruktur und Behandlungsaufnahme	51
4.2.2	Welchen Einfluß hat die Art der Vermittlungshilfe auf die Weiterbehandlung?	52
4.2.3	Wie wurden die einzelnen Therapievorschläge aufgenommen?	53

Seite

4.2.4 Auffällige Unterschiede von Diagnose und Therapie bei den Geschlechtern 56

4.3 Wodurch wurden die Patienten in ihrer subjektiven Einstellung zu den Beratungsgesprächen beeinflußt? 58

4.4 Mögliche Ursachen für die unterschiedliche Weitervermittlungsfrequenz 60

5. Zusammenfassung 62

6. Literaturverzeichnis 66

1. EINLEITUNG

1.1 Die Bedeutung der Psychotherapie

Psychotherapie heißt Behandlung mit seelischen Mitteln (39, 42). In der Medizin ist sie neben der organischen und der sozialen die dritte Dimension diagnostischen und therapeutischen Vorgehens und hat somit bei jeder Erkrankung eine Bedeutung. Im allgemeinen kommt Psychotherapie jedoch bei Erkrankungen mit vorwiegend seelischer Ursache zur Anwendung. Dabei handelt es sich hauptsächlich um Neurosen und neurotische Störungen, um die sogenannten klassischen psychosomatischen Erkrankungen wie Asthma bronchiale, Ulcus pepticum und Colitis ulcerosa, sowie um funktionelle und vegetative Störungen und Störungen der Sexualfunktion (1, 9, 33).

Die Notwendigkeit psychotherapeutischer Behandlung wird in immer weiteren Kreisen anerkannt. Als Beispiele mögen die Kostenübernahme durch die Krankenkassen und die Integration die Psychotherapie als Lehr- und Prüfungsfach in die Approbationsordnung für Ärzte dienen.

Die Möglichkeiten im psychotherapeutischen Bereich wurden durch Neu- und Weiterentwicklung von Therapieformen ständig vergrößert. Dennoch gibt es derzeit im Vergleich zur großen Zahl von Patienten, bei denen eine psychotherapeutische Behandlung indiziert wäre, eine zu geringe Zahl geeigneter Therapeuten. Auf dieses Problem der psychotherapeutischen Unterversorgung weist auch der Bericht des deutschen Bundestages zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland hin (49, S. 293).

1.2 Die Notwendigkeit der Beratungsstellen

Durch die zunehmende Bedeutung psychotherapeutischer Maßnahmen stellt sich für viele Ärzte immer häufiger die Frage: Ist bei diesem Patienten eine Psychotherapie indiziert? Welche Art von Psychotherapie kommt in Frage?

Häufig vermuten Patienten selbst, daß ihre Erkrankung seelische Ursachen hat oder sie haben Schwierigkeiten, die sie nicht mehr alleine lösen

können. Für sie stellt sich dieselbe Frage. Soll ich eine Psychotherapie machen? An wen kann ich mich wenden?

Die Vielfalt des therapeutischen Angebotes ist selbst für den Fachmann schwer überschaubar. Groß ist die Zahl der therapeutischen Verfahren die, oft unkritisch angewandt, für den Patienten mehr Risiken als Nutzen bringen*.

1.3 Die Aufgaben und die Arbeitsweise der Beratungsstellen

Daraus erwächst die Notwendigkeit für Einrichtungen, die dem Arzt konsiliarisch zur Seite stehen, die dem Patienten helfen, sich darüber klar zu werden, was für ihn sinnvoll und hilfreich ist, die ihm einen konkreten Weg zeigen, wie er seine Probleme angehen kann. Diese Aufgabe haben vor allem ambulante psychotherapeutische Einrichtungen übernommen, die meist psychotherapeutische Beratungsstellen genannt werden.

Die unterschiedlichen Konzepte von Beratungsarbeit lassen eine einheitliche Begriffsbestimmung kaum zu. Das Spektrum reicht vom reinen "Ratschläge erteilen" bis zur Psychotherapie (27, 34). Wenn hier von Beratung die Rede ist, wird darunter psychoanalytisch orientierte Beratung bzw. das psychotherapeutische Gespräch (27) verstanden. Dennoch sind auch Elemente des direkten Ratgebens enthalten, wenn z. B. ein konkreter Therapievorschlag gemacht wird oder Hinweise auf einen freien Therapieplatz gegeben werden.

An vielen Kliniken wurden in den letzten Jahren solche Beratungsstellen aufgebaut. Sie dienen in erster Linie als Filter und Verteilungsstelle für Patienten vor Aufnahme einer aufwendigeren psychotherapeutischen Behandlung. Eine solche Einrichtung ist die Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Psychiatrischen Klinik der Universität München. Zu ihrem Aufgabenbereich zählen außer der Krankenversorgung auch klinikinterne Aufgaben wie Weiterbildung und Supervisionsgespräche, Konsiliartätigkeit und Unterricht im Universitätsbereich.

* Um einen Mißbrauch abzuwenden, ist jetzt wieder die Diskussion um die Einführung eines geschützten Titels für Psychotherapeuten und die dazu nötigen Voraussetzungen aktuell.

Für Patienten stellt sie oft eine erste Anlaufstelle bei der Suche nach psychotherapeutischer Hilfe dar. Niedergelassenen Ärzten gibt sie die Möglichkeit, einen Patienten bei Verdacht auf eine psychosomatische oder neurotische Erkrankung an einen speziell ausgebildeten Psychotherapeuten zu überweisen. Dieser klärt in einem oder mehreren Gesprächen mit dem Patienten, ob eine Indikation zur Psychotherapie besteht, stellt die an den individuellen Gegebenheiten orientierte differentialtherapeutische Indikation und beurteilt die Prognose.

Das Gespräch soll dem Patienten die Psychogenese seiner Erkrankung transparenter machen. Es soll ihm die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung aufzeigen. Falls noch keine Motivation zur Psychotherapie besteht, soll der Patient im Gespräch motiviert werden, eine gegebenenfalls nötige Behandlung zu beginnen. Dafür schafft häufig ein Aha-Erlebnis über die seelischen Ursachen der Erkrankung die Voraussetzung.

Wegen der vielfältigen Aufgaben der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik hat nur ein kleiner Teil der Patienten Aussicht, dort auch einen Therapieplatz zu bekommen. In der Regel macht der beratende Therapeut einen konkreten Therapievorschlag und nennt geeignete Therapeuten zur Weiterbehandlung. Den Therapieplatz sucht sich der Patient - meist bei einem niedergelassenen Therapeuten - selbst. So wird die Arbeit, die mit der Therapieplatzsuche verbunden ist, dem Patienten nicht ganz abgenommen.

Durch den Therapievorschlag wird dem Patienten die Orientierung in der Fülle angebotener Therapiearten erleichtert und er wird vor möglichen Gefahren einer ungeeigneten Therapie geschützt. Eine von vornherein wenig aussichtsreiche Behandlung wird dem Patienten erspart, was auch aus ökonomischer Sicht von Bedeutung ist (vgl. 50, S. 67).

Kommt im Anschluß an das therapeutische Gespräch keine weitere Psychotherapie zustande, z. B. weil beim Patienten nur eine aktuelle Krise besteht oder weil er zu einer Psychotherapie nicht motiviert ist, findet häufig eine weitere Betreuung durch die Abteilung selbst statt.
Manche Patienten bleiben oft über Jahre mit der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik in lockerem Kontakt. Im Fall einer aktuellen Krise ist meistens mit einem drei bis vier Mal stattfindenden therapeutischen Gespräch ausreichend geholfen.

1.4 Die Frage der Effizienz; Autoren, die katamnestische Untersuchungen gemacht haben; was sie fanden; EYSENCK

Die Frage der Effizienz ärztlicher Maßnahmen stellt sich in der Psychotherapie ebenso wie in der klinischen Medizin.

Schon S. FREUD veröffentlichte erste katamnestische Einzeluntersuchungen (z. B. über die Geschichte der Anna O. oder die Nachschrift zu "der kleine Hans") (21, 22). Die ersten unter wissenschaftlichen Kautelen erstellten größeren Untersuchungen wurden in den 30er und 40er Jahren veröffentlicht. O. FENICHEL (Berlin), E. JONES (London) und F. ALEXANDER (Chicago) berichteten, daß an den dortigen psychoanalytischen Instituten bei 87 %, 92 % bzw. 68 % der Patienten Heilung oder Besserung erreicht wurde (1, 20, 28).

1952 veröffentlichte EYSENCK seine aufsehenerregende Arbeit "The Effects of Psychotherapie - an Evaluation", in der er zu dem Ergebnis kommt, daß bei psychotherapeutisch behandelten Neurotikern nur bei 44 % Heilung oder Besserung eintrat, bei von Allgemeinpraktikern unkonventionell Behandelten bei 72 % (19, 45).

Mit dieser Veröffentlichung forderte er viele psychotherapeutisch Tätige heraus, die Effektivität ihrer Arbeit unter Beweis zu stellen.

Über die Effizienz ihrer Arbeit in ambulanten psychotherapeutischen Einrichtungen berichteten u. a. CREMERIUS 1967, DÖHRSSEN und JORSWIEK 1965, de BOOR und KONZLER 1963 (8, 12, 14). Diese heute als klassisch angesehenen Arbeiten haben wesentlich dazu beigetragen, daß die Wirksamkeit der Psychotherapie als gesichert gilt.

In diesen Untersuchungen wurden Patienten, die zu Erstgesprächen kamen, nach sozialen und diagnostischen Gesichtspunkten erfaßt. Die Patienten, die anschließend eine psychotherapeutische Behandlung aufnahmen, wurden dann nachuntersucht. Mit der Nachuntersuchung wollte man die Wirksamkeit der sich an das Erstgespräch anschließenden Behandlung, meist psychoanalytische Einzeltherapie, überprüfen.

Andere Arbeiten gaben einen Querschnitt des Patientenguts ambulanter psychotherapeutischer Einrichtungen (5, 11) oder sie beschäftigten sich mit den Selektionsfaktoren, die auf dem Weg der Patienten vom ersten Interview in der Klinik bis zur Aufnahme der anschließenden Behandlung wirksam waren (44).

Auch für die Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Psychiatrischen Klinik der Universität München ist es von Bedeutung, etwas über die Effizienz der dort geleisteten psychotherapeutischen Beratungstätigkeit zu erfahren.

1.5 Das Anliegen dieser Arbeit

ist es, zu untersuchen, was aus den Patienten wird, wenn sie die Abteilung verlassen haben. Es soll dabei festgestellt werden, wie die Patienten die Gespräche empfinden, auf sie reagieren und ob sie sich nach dem Therapievorschlag richten. Daraus sollen Verbesserungsmöglichkeiten für die Arbeit der Abteilung abgeleitet werden. Es wird versucht herauszufinden, welche Merkmale des Patienten (z. B. Symptomatik, Alter, Geschlecht, Art der Überweisung, Krankenkassenzugehörigkeit) Einfluß haben auf die Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung oder auf den Effekt von Therapievorschlag bzw. Therapievermittlung; wo Merkmale des Patienten, wo die Vorgehensweise der Abteilung das Nichtbefolgen der Therapieempfehlung bedingen. Dabei geht es auch darum herauszufinden, ob es genügt eine Therapie vorzuschlagen oder ob die Abteilung bei der Vermittlung des Therapieplatzes bei bestimmten Patienten aktiver vorgehen sollte.

2. MATERIAL UND METHODE

2.1 Material aus der Patientendokumentation

Zur Verfügung stand die Patientendokumentation der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Psychiatrischen Klinik der Universität München. Daraus sind folgende Daten zu entnehmen: Untersuchungszeitpunkt, Name bzw. Geschlecht, Geburtsdatum, Stelle, die den Patienten überwies bzw. ob er von selbst kam ("kommt von"), Diagnose oder Symptome, Neurosenstruktur, Krankenkasse, Beruf, weiteres Schicksal bzw. vorgeschlagene Therapie.

2.2 Methoden

2.2.1 Diskussion der methodischen Probleme, wie sie bei verschiedenen Autoren dargestellt sind

Verschiedene Autoren diskutierten die Probleme der Durchführung valider psychotherapeutischer Katamnesen (u. a. 6, 12, 14, 16, 17, 18, 23, 25, 45). Das heißt, die Untersuchungen müssen im wissenschaftlichen Sinn objektiv, verläßlich und gültig sein. Sie stellten Forderungen für eine valide psychotherapeutische Erfolgsstatistik auf und zeigten Methoden zur Durchführung katamnestischer Arbeiten in der Psychotherapie auf.

Demnach liegt die Problematik der Durchführung katamnestischer Untersuchungen in folgenden Punkten:

1. Es muß der Nachweis geführt werden, daß eine eventuelle Änderung therapiebedingt ist und nicht durch Einflüsse außerhalb der Therapie, durch Spontanremission oder durch therapieunspezifische Placeboeffekte zustande gekommen ist. Deshalb wurde die Forderung nach Kontrollgruppen aufgestellt, was sich aber meist nicht befriedigend erfüllen läßt (18). Erstens müßte die Kontrollgruppe mit der therapierten Gruppe nach sozialen und diagnostischen Merkmalen identisch sein, was wegen der Vielzahl der Parameter bereits kaum realisierbar erscheint und zweitens bleibt auch die Kontrollgruppe nicht ohne therapeutische Beeinflussung. Man denke nur an die Erstuntersuchung, die in jedem Falle nötig wäre und daran, daß man den Patienten kaum daran hindern kann, anderweitig um Hilfe nachzusuchen.

Eine Alternative zur Kontrollgruppe stellt die Eigenwartegruppe dar, die dazu dient, den Spontanverlauf der Erkrankung in einem genau festgelegten Zeitraum zwischen Erstgespräch und folgender Therapie zu beobachten und diesen mit dem weiteren Verlauf unter der Therapie zu vergleichen.

2. Eine ähnliche Schwierigkeit ist die bei jeder wissenschaftlichen Untersuchung zu fordernde Reproduzierbarkeit der Ergebnisse. Die Ursachen liegen in dem Problem, verschiedene Patientengruppen mit gleichen Symptomen und gleichem Schweregrad der Erkrankung zu finden, die zudem mit derselben Art der Indikationsstellung einer Therapie zugeführt werden (12). Ebenso schwierig, wie die Patienten vor Behandlungsbeginn mit einheitlichen Merkmalen zu beschreiben, ist die Vergleichbarkeit der Erfolgsdaten (12, 25). Standardisierte Tests und Untersuchungsverfahren, die mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung ausgewertet werden, sollen die Objektivität und Vergleichbarkeit erhöhen (17). Hier allerdings stellt sich die Frage, wie weit ein standardisierter Fragebogen den Patienten erfassen kann, wie die Beantwortungssituation symptomverschleiernd oder symptomverstärkend wirksam ist bzw. ob eine objektiv gemessene Veränderung bei verschiedenen Patienten den gleichen Stellenwert hat (23).

3. Das Nachuntersuchungskollektiv soll genügend groß sein, was bei den immer noch weit verbreiteten Ressentiments gegen psychotherapeutische Behandlungen Schwierigkeiten verursacht. Auch ist zu beachten, daß die Nachuntersuchten nicht repräsentativ sind für die Gruppe derer, die nicht nachuntersucht werden konnte.

4. Eine umstrittene Frage sind die Kriterien für Heilung und Besserung (25) bzw. für einen Therapieerfolg. Es seien nur die Stichworte Symptomheilung, Symptomwandel und Symptompersistenz im Gegensatz zu Strukturheilung erwähnt (12). ERMANN diskutiert die Schwierigkeit, die psychotherapeutische Katamnestik nicht nur symptomorientiert zu betreiben und zeigt die Notwendigkeit in der Psychotherapie über die reine Symptombeurteilung hinauszukommen (17).

Die von A. DÖHRSSEN 1962 durchgeführte Untersuchung hat in der psychotherapeutischen Katamnesenliteratur eine besondere Bedeutung erlangt, da vor allem das Problem der Kontrollgruppen sehr geschickt gelöst wurde (14).

Als Kriterium des Therapieerfolges diente u. a. die Dauer der Krankenhausaufenthalte. Verglichen werden Neurotiker im Jahrfünft vor der Psychoanalyse, Neurotiker im Jahrfünft nach der Psychoanalyse und als Vergleichsgruppe AOK-Versicherte im gleichen Zeitraum. Die Ergebnisse sprechen eindeutig für den Erfolg der Psychoanalyse. Zu erwähnen ist, daß die Patienten außerdem direkt nach Abschluß der Behandlung und nochmals fünf Jahre später von den Therapeuten des Instituts nachuntersucht wurden. Durch Heranziehen des Kriteriums "Krankenhausaufenthalte" konnte in der Untersuchung ein hohes Maß an Objektivität erreicht werden.

Zur Durchführung katamnestischer Untersuchungen stellte CREMERIUS eine Liste von "Minimalforderungen für die Aufgliederung des Materials" auf, die sich auch für die Zwecke dieser Arbeit als brauchbar erwies (12).

1. Angaben zu der Stelle, von der der Patient kommt
2. Ausreichende Größe der zu untersuchenden Gruppe
3. Angaben über die Auswahlkriterien (zur Therapieaufnahme)
4. Angaben über die Zusammensetzung des Materials (Alter, Geschlecht, soziale Klasse ...)
5. Klassifikation der Krankheitsbilder
6. Schwere der Erkrankung
7. Methode der Indikationsstellung
8. Art und Häufigkeit der Behandlung
9. Behandlungsziel
10. Katamnese nach ausreichend langer Zeit
11. Material und Methode zur Zeit der Katamnese
12. Angabe der Beurteilungskriterien
13. Statistisch korrekte Auswertung der Ergebnisse

14. Heranziehen von Angaben und Befunden des Hausarztes oder anderer Ärzte, die den Patienten in der Zwischenzeit behandelt haben.

2.2.2 Verschiedene Nachuntersuchungsmethoden

Man unterscheidet bei katamnestischen Untersuchungen zwischen reinen Nachuntersuchungen bzw. Zweipunkteuntersuchungen, Mehrpunkteuntersuchungen und Prozeßforschung (6, 23). Letztere erlauben eine eindeutige Beziehung zwischen Fortgang der Therapie und erzieltem Erfolg. Ferner wird zwischen verschiedenen Methoden der Katamnesendurchführung unterschieden. HARTIG unterscheidet zwischen globaler Schätzung, z. B. durch Gespräch und Messen von therapeutischen Veränderungen durch Tests. Ferner unterscheidet sie zwischen Selbstbeurteilung des Patienten durch Selbsteinschätzung, Tests und Fragebogen, Fremdbeurteilung, z. B. durch Therapeuten und separaten äußeren Kriterien wie Klinikaufenthalt oder Arztbesuche, woraus indirekt auf das Befinden des Patienten geschlossen wird (23).

Bei der Selbsteinschätzung des Patienten sind positive und negative Übertragungseffekte auf den Therapeuten zu berücksichtigen (Placebo, "Droge Arzt"). Häufig gibt der Patient aus Dankbarkeit gegenüber dem Therapeuten eine positivere Einschätzung (Hallo - Good-bye-Effekt). Je länger die Behandlung zurückliegt, um so mehr verblassen diese Effekte. Das führt dazu, daß die Beurteilung des Therapieerfolges durch den Patienten im allgemeinen bei kürzerem Nachuntersuchungszeitraum besser ausfällt. Bei der Beurteilung seines augenblicklichen Befindens orientiert sich der Patient normalerweise an den Symptomen und diese sind bei neurotischen Störungen sehr variabel. Sie können dem Patienten eine Besserung vortäuschen, indem sie vorübergehend verschwinden, ohne daß eine Änderung der neurotischen Struktur erreicht ist (Symptomwandel, Symptomverschiebung).

Auch bei der Nachuntersuchung durch den Therapeuten, der ja den Wunsch hat, etwas bewirkt zu haben, ist eine völlig unvoreingenommene Beurteilung nur bedingt möglich (23). Äußere Kriterien haben zwar eine hohe Objektivität, aber man muß die Aussagekraft des Indikators (äußeres Kriterium, z. B. Arbeitsunfähigkeit) für das zu messende (z. B. Therapieerfolg) im Auge behalten.

Eine lange Erfahrung mit Selbsteinschätzungsfragebögen gibt es in der Gesprächstherapie. TAUSCH meint für die Gesprächstherapie, daß Selbsteinschätzung der Patienten bei Nachuntersuchungen möglichst dabei sein sollte und weist auf Korrelationen mit MMPI-Skalen hin (43).

2.2.3 Diskussion der methodologischen Probleme, wie sie vor und bei der Erstellung der vorliegenden Untersuchung auftraten

Im Gegensatz zu den zitierten Arbeiten kam es weniger auf die Erfassung psychischer Veränderung oder Besserung an als vielmehr darauf, wie die Patienten auf die Gespräche reagieren und was sie im Anschluß an die Konsultation in der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik weiter unternehmen, bzw. ob sie die vorgeschlagene weitere Therapie aufgenommen haben.

Obwohl die subjektive Einschätzung durch den Patienten kein objektives Kriterium zur Beurteilung psychotherapeutischer Maßnahmen darstellt, wurden doch Rückschlüsse auf die Resonanz, die die therapeutischen Gespräche gefunden haben, erwartet. Da es sich beim Zustandekommen der weiteren Therapie dann um ein sogenanntes äußeres Kriterium handelt, ist ein von subjektiver Verfälschung weitgehend freier Maßstab zur Beurteilung der Effektivität der Gespräche ebenfalls gegeben. Auf die Anwendung standardisierter Tests wurde verzichtet, da objektive Kriterien gegeben waren. Das Messen einer in wenigen Gesprächen erzielten psychischen Veränderung aber ist mit den gängigen psychodiagnostischen Tests schwer möglich (23). Demgegenüber hätten aufwendige Tests die Beantwortung kompliziert und möglicherweise die Rücksendequote vermindert.

Da die Patienten nach den in vergleichbaren Einrichtungen gängigen Kriterien beschrieben sind (12), erscheint die Vergleichbarkeit mit anderen Untersuchungen und die Reproduzierbarkeit ausreichend gewährleistet.

Eine mündliche Exploration war bei der großen Anzahl der Patienten nicht durchführbar. Es wurde deshalb eine Einschätzung durch den Patienten anhand von Fragebogen gewählt. Um die statistische Auswertung zu vereinfachen, kamen in erster Linie geschlossene Fragen in Betracht. Aller-

dings sollte auch die Möglichkeit gegeben werden, Meinung und Kritik in eigenen Worten zum Ausdruck zu bringen, um zusätzliche Hinweise zur Einordnung und Interpretation der Antworten zu erhalten. Deshalb wurden offene Fragen angefügt.

Um eine möglichst hohe Rücksendequote zu erzielen, sollte die Abfassung von Fragebogen und Begleitbrief zur Beantwortung motivieren. Die Fragebogen sollten auch offene Fragen enthalten, damit sich die Patienten nicht in ein Schema gepreßt fühlten, sondern herausgefordert waren, frei zu antworten. Im Begleitbrief wurde nochmals das Interesse der Untersuchenden am persönlichen Schicksal des einzelnen Patienten betont. Es wurde an die Mitwirkmöglichkeit an der Verbesserung der therapeutischen Arbeit erinnert und an die damit verbundene Verantwortung appelliert.

Ebenfalls zur Erhöhung der Rücksendequote sollten die nicht antwortenden ein Erinnerungsschreiben erhalten. Bei Patienten, die inzwischen umgezogen waren, war es nötig, die neue Adresse in Erfahrung zu bringen.

Auch der Nachuntersuchungszeitraum hat Einfluß auf die Rücksendequote. Andere Auoren wählten einen Abschnitt von zwei bis fünf Jahren, allerdings für eine vollständige psychotherapeutische Behandlung. Da es sich hier nur um wenige Gespräche handelte, die leichter in Vergessenheit geraten, erschien ein kürzerer Zeitraum günstiger. Ein Nachuntersuchungszeitraum zwischen 14 und 26 Monaten bietet den Patienten ausreichend Zeit, nach den Gesprächen eine weitere Therapie aufzusuchen und aus größerer Distanz die Gespräche mit mehr Objektivität beurteilen zu können; ist auf der anderen Seite aber nicht zu lange, so daß die Gespräche in der Abteilung noch in Erinnerung sind.

2.2.4 Der Fragebogen

Dem Fragebogen lagen nun verschiedene katamnestische Prinzipien zugrunde. In Frage 1 - 3 wird der Patient nach seiner subjektiven Wertung der Gespräche gefragt. In Frage 5 wird mit der Angabe über das Zustandekommen der Behandlung ein äußeres Kriterium erfragt. Fragen 4 und 6 - 9 erkundigten sich nach der Art der vorgeschlagenen Therapie und den Umständen ihres Zustandekommens bzw. den Gründen, warum sie nicht zustande kam. Dabei handelte es sich ebenfalls um objektive Daten.

Diese Fragen waren als geschlossene Fragen in einer statistisch direkt auswertbaren Form gestellt. Außerdem enthielt der Frageboden noch zwei offen zu beantwortende Fragen.

Nachstehend wird der Fragebogen wiedergegeben.

ABTEILUNG FÜR PSYCHOTHERAPIE
UND PSYCHOSOMATIK
an der psychiatrischen Klinik
der Universität München
Abt.-Vorsteher:
Prof. Dr. med. S. Elhardt

8 München 2
Nußbaumstr. 7
Tel. (089) 5160-1
Durchwahl: 5160-3358

1.) Wie fühlten Sie sich hinsichtlich Ihrer Probleme und Beschwerden durch das Gespräch in der psychosomatischen Abteilung?

- ☐ eher erleichert
- ☐ eher belastet
- ☐ unbeeinflußt

2.) Fühlten Sie sich vom Therapeuten in der psychosomatischen Abteilung verstanden?

- ☐ ich fühlte mich verstanden
- ☐ ich fühlte mich teilweise verstanden
- ☐ ich bin nicht sicher, ob man mich verstanden hat
- ☐ ich fühlte mich nur wenig verstanden
- ☐ ich fühlte mich nicht verstanden

3.) Hatten Sie das Gefühl, daß Ihnen das Gespräch geholfen hat?

- ☐ geholfen
- ☐ etwas geholfen
- ☐ weiß nicht
- ☐ kaum geholfen
- ☐ nicht geholfen

Wenn ja, in welcher Weise?

4.) Was ist Ihnen geraten worden?

- ☐ analytische Einzeltherapie
- ☐ stationäre Psychotherapie
- ☐ analytische Kurztherapie
- ☐ Familientherapie
- ☐ Ehepaartherapie
- ☐ Gruppentherapie
- ☐ Hypnose
- ☐ Verhaltenstherapie
- ☐ Gesprächstherapie
- ☐ autogenes Training
- ☐ andere ärztliche Behandlung
- ☐ .....

5.) Ist diese Behandlung zustande gekommen?

- ☐ ja
- ☐ nein

6.) Wenn ja, nach welcher Wartezeit?

- ☐ weniger als 3 Monate
- ☐ 3-6 Monate
- ☐ 6-12 Monate
- ☐ mehr als 12 Monate

7.) Wenn nein, was waren die Gründe?

- ☐ trotz Suche keinen Therapieplatz gefunden
- ☐ die Behandlung wäre zeitlich zu aufwendig gewesen
- ☐ eine Behandlung ist nicht mehr nötig gewesen, da sich die Beschwerden genügend gebessert hatten
- ☐ das Beratungsgespräch selbst hat mich davon abgebracht
- ☐ es ist eine andere als die vorgeschlagene Behandlung zustande gekommen - falls ja, welche .....
- ☐ eine Behandlung war nicht beabsichtigt
- ☐ andere Gründe .....

8.) Wieweit ist Ihnen bei der Vermittlung eines Therapieplatzes geholfen worden?

- ☐ durch direkten Telefonanruf durch die psychosomatische Abteilung
- ☐ die Adresse wurde mir durch die psychosomatische Abteilung vermittelt
- ☐ ich wurde von einem anderen Therapeuten weitervermittelt
- ☐ ich habe den Therapieplatz selbst gesucht

9.) Falls eine Behandlung zustande kam (ob inzwischen beendet oder noch laufend), wie sind Sie mit dieser Behandlung zufrieden?

die Behandlung

- ☐ hat gerade begonnen
- ☐ läuft noch
- ☐ ist schon beendet

ich bin mit dieser Behandlung

- ☐ unzufrieden
- ☐ ziemlich unzufrieden
- ☐ etwas unzufrieden
- ☐ weder-noch
- ☐ etwas zufrieden
- ☐ ziemlich zufrieden
- ☐ zufrieden

10.) Raum für persönliche Mitteilungen:

(z.B. was hat Ihnen beim Gespräch in der psychosomatischen Abteilung gefallen bzw. nicht gefallen, was könnte besser sein, oder was Sie sonst noch sagen wollen).

2.2.5 Aufbereitung der Daten zur statistischen Auswertung

Für die statistische Auswertung müssen die Daten aus Patientendokumentation und Fragebogen codiert werden. Um eine sinnvolle statistische Auswertung zu ermöglichen, sollte eine Merkmalsklasse (z. B. Diagnose) möglichst wenige Merkmalsausprägungen (z. B. Neurose, psychosomatische Erkrankung) aufweisen. Wenige Merkmalsausprägungen machen es wahrscheinlich, daß bei jeder Merkmalsausprägung eine genügend große Anzahl Patienten vertreten ist und dadurch statistische Tests möglich werden.

Bei den geschlossenen Fragen des Fragebogens war von vornherein nur eine begrenzte Zahl an Antwortmöglichkeiten vorgegeben, wobei bei den Fragen 1 - 3 nach der subjektiven Einschätzung der Gespräche eine Vereinfachung auf die Merkmalsausprägungen positiv und negativ möglich blieb. Größere Zusammenfassungen und Vereinfachungen wurden bei der Codierung der Daten aus der Patientendokumentation nötig. Die dort unter den Spalten (Merkmalsklassen) "kommt von", Diagnose/Symptom und Struktur aufgeführten Daten wurden in jeweils wenige Merkmalsausprägungen zusammengefaßt. Das Merkmal Beruf mußte weggelassen werden, da die Vielzahl der Berufsbezeichnungen eine statistische Auswertung dieser Merkmalsklasse unmöglich gemacht hätte, eine sinnvolle Vereinfachung ohne Verfälschung der Daten aber nicht durchzuführen war.

Folgende Merkmalsklassen und -ausprägungen entstanden aus der Auswertung der Patienten-Dokumentation:

2.2.5.1 Soziale Daten

Das Alter wurde aus dem Geburtsdatum berechnet.
Das Geschlecht war vermerkt.

Unter "kommt von" wurden die niedergelassenen und Fachärzte zu einer Merkmalsausprägung zusammengefaßt, ebenso alle überweisenden Krankenhäuser. Die Psychiatrische Universitätsklinik bildete eine eigene Merkmalsausprägung. Bei "kommt von": andere, handelte es sich um Patienten, die auf Anraten von Angehörigen oder einer anderen Beratungsstelle kamen.

Die Krankenkassenzugehörigkeit wurde in die Merkmalsausprägungen RVO-Kassen, Ersatzkassen und Privat-Patienten/Selbstzahler unterteilt.

2.2.5.2 Klinisch-diagnostische Daten und Daten, die aus der Arzt-Patient-Beziehung entstanden

In der Merkmalsklasse Diagnose/Symptome wurden entsprechend der im Vordergrund stehenden Symptome die Merkmalsausprägungen "psychosomatisch", "neurotisch" und "Partnerkonflikt" differenziert.Es sei jedoch darauf hingewiesen, daß bei den meisten Patienten Symptome aus allen drei Bereichen, allerdings in unterschiedlicher Gewichtung, vorlagen.

Es war nicht unumstritten, ob man sämtliche Körpersymptome, also psychosomatische Krankheiten im eigentlichen Sinne, zusammen mit psychovegetativen Störungen, Konversionsneurosen und Sexualstörungen zu einer Merkmalsausprägung zusammenfassen sollte. Eine Differenzierung wäre aber aus praktischen Gründen kaum durchzuführen gewesen, da bei zu starker Aufsplitterung des untersuchten Kollektivs wegen der dadurch entstehenden zu kleinen Mengen in den statistischen Rechengängen keine aussagekräftigen Ergebnisse zu erwarten sind. Aus diesem Grund wurde auch die ursprünglich vorgenommene Differenzierung der neurotischen Störungen in "neurotischer Aktualkonflikt", "neurotische Entwicklung" und "Psychoneurose" fallengelassen.

Als getrenntes Merkmal wurde: Verdacht auf Psychose/Borderline aufgeführt mit den Merkmalsausprägungen vorhanden: "ja", "nein".

Zur Bildung der Merkmalsklasse Neurosenstruktur wurden die beiden ersten zu jedem Patient in der Patienten-Dokumentation aufgeführten Neurosenstrukturen (im Sinne von SCHULZ-HENCKE, 41) übernommen. Bei der weiteren Auswertung wurde dann nur noch auf die erste angegebene Strukturdiagnose zurückgegriffen. Waren alle vier Neurosenstrukturen angegeben, wurde die Bezeichnung Mischstruktur gewählt.

Strukturbegriffe wie sadistisch und masochistisch wurden vernachlässigt.

Ein weiteres Merkmal bildete: Frühstörung/narzißtische Störung mit den Ausprägungen vorhanden: "ja", "nein".

An der Gruppierung der verschiedenen Therapievorschläge in Merkmalsausprägungen wurden während der Auswertung gegenüber der Einteilung in der Patientendokumentation Vereinfachungen vorgenommen.

2.2.6 Die Rechengänge

Die codierte Patientendokumentation und der geschlossen zu beantwortende Teil des Fragebogens wurden zur Auswertung mit der EDV auf Lochkarten übertragen. Zur Auswertung wurden grundsätzlich zwei statistische Methoden verwendet.

Erst wurden die Einzelangaben jedes Patienten in Häufigkeitstafeln der Merkmalsklassen (z. B. Krankenkasse) und ihrer Merkmalsausprägungen (z. B. Ersatzkasse) umgerechnet. Die Häufigkeitstafeln geben die Daten aus der Patientendokumentation und die Antwortverteilung der Fragebogen wieder. Anschließend wurden aus je zwei Häufigkeitstafeln bzw. Merkmalsklassen Kontingenztafeln gebildet, die den Zusammenhang zwischen zwei Merkmalsklassen wie z. B. Neurosenstruktur und Geschlecht darstellten. Mit dem Chi^2-Test wurde überprüft, ob der Zusammenhang zwischen beiden Merkmalsklassen einer Kontingenztafel signifikant ist.

3. TABELLEN UND ERGEBNISSE AUS DER PATIENTENDOKUMENTATION UND DEM FRAGEBOGEN

Im Folgenden werden die Daten aus der Patientendokumentation und dem Fragebogen in Häufigkeitstafeln (siehe 2.2.6) dargestellt. Die Antworten auf die offenen Fragen des Fragebogens werden daran anschließend erläutert.
Um eine Zuordnung der Befunde zur Literatur zu ermöglichen, wurden Vergleichstabellen aus anderen Untersuchungen beigefügt (5, 8, 12, 13, 15, 32).

3.1 Häufigkeitstafeln aus Daten der Patientendokumentation und Vergleichstabellen aus der Literatur

Die Häufigkeitstafeln aus der Patientendokumentation sind in dieser Arbeit mit I-... bezeichnet.

3.1.1 Woher kommen die Patienten zum psychotherapeutischen Beratungsgespräch?

Tabelle I-1

Woher kommen die Patienten?	vorliegende Untersuchung Anzahl	Prozent	de BOOR	CREMERIUS
spontan gekommen	37	10,2 %	21 %	40 %
durch andere (Angehörige, andere Beratungsstellen, nicht ärztl. Stellen) empfohlen	57	15,7 %		2 %
von niedergelassenen Ärzten, Privatärzten überwiesen	74	20,3 %	39 %	7 %
von Krankenhäusern überwiesen	85	23,4 %	40 %	21 %
von der Ambulanz der Poliklinik	entfällt			30 %
von der Psychiatrischen Klinik	102	28,0 %		
keine Angabe	9	2,5 %		
Summe	364	100,0 %	100 %	100 %

Etwa ein Viertel der Patienten kam spontan oder auf Anraten von Angehörigen oder nicht ärztlichen Stellen. Etwa ein Fünftel der Patienten wurde von niedergelassenen Ärzten überwiesen, etwa ebensoviele von nicht psychiatrischen Krankenhäusern.
Ein erstaunlich großer Anteil der Patienten wurde von der Psychiatrischen Klinik der Universität überwiesen. Dies erklärt sich, da im Gegensatz zu de BOOR und CREMERIUS die vorliegende Untersuchung an einer psychiatrischen Universitätsklinik durchgeführt wurde.

Ein Grund für die unterschiedlichen Angaben zur Zahl der spontan gekommenen Patienten ist möglicherweise darin zu sehen, daß viele Patienten auf eigenen Wunsch überwiesen werden, so daß in einer derartig angelegten Untersuchung nur schwer zu differenzieren ist, ob ein Patient wirklich spontan kommt oder auf Anraten von Angehörigen.
Faßt man die beiden ersten Merkmalsklassen zusammen, sind sich die Ergebnisse, was das spontane Kommen betrifft, erheblich ähnlicher.

3.1.2 Die Altersverteilung

Tabelle I-2

Alter	vorliegende Untersuchung Anzahl	Prozent	de BOOR	CREMERIUS	DOHRSSEN	DILLING*
						6% (0-14)
bis 20	23	6%	9%		10%	
						14% (15-25)
20-30	157	43%	34%	19%	44%	
						18% (25-34)
30-40	133	37%	28%	29%	27%	
						20% (35-44)
40-50	34	9%	19%	24%	12%	
						18% (45-54)
über 50	17	5%	10%	28%	7%	
						12% (55-64)
						7% (65-74)
						5% (75 ++)
Summe	364	100%	100%	100%	100%	100%

(Die Vergleichstabellen wurden zur leichteren Übersicht vereinfacht).

* Prozente nach Inzidenz errechnet.

Bei der Altersverteilung sind in der vorliegenden Untersuchung die 20- bis 40-jährigen mit einem Anteil von 80 % stark überrepräsentiert. Diese Zahlen bestätigen weitgehend die Befunde von de BOOR, CREMERIUS und DOHRSSEN.

DILLING, der Patienten nervenärztlicher Praxen untersuchte, fand mehr ältere neurotische Patienten unter den Erstkonsultanten.

Es gibt verschiedene Gründe, die Unterschiede in der Altersverteilung zu erklären. Zu überlegen wäre, ob die Vergleichbarkeit der erstgenannten Untersuchungen mit der von DILLING eingeschränkt ist, da es schwer nachprüfbar ist, ob bei letzterer tatsächlich nur Erstkonsultanten bzw. Erstmanifestationen der Erkrankung erfaßt wurden. Dieser Einwand reicht allerdings nicht aus, den erheblichen Unterschied der Untersuchungsergebnisse zu erklären.

Deshalb stellt sich die Frage, ob zur Aufnahme der therapeutischen Gespräche in der psychotherapeutischen Sprechstunde bereits Auslesefaktoren wirksam waren. Schließlich wird über psychotherapeutische Fachkreise hinaus angenommen, daß gerade die 20- bis 40-jährigen die beste Prognose haben. Jedoch sollte es Aufgabe dieser Gespräche sein festzustellen, ob die in jedem einzelnen Fall zu erwartende Prognose die Aufnahme einer Psychotherapie rechtfertigt.

3.1.3 Die Geschlechtsverteilung

Tabelle I-3

Geschlecht	vorliegende Untersuchung Anzahl	Prozent	de BOOR	CREMERIUS	DILLING	DÖHRSSEN
männlich	142	39%	47%	52%	41,4%	49%
weiblich	222	61%	53%	48%	58,6%	51%
Summe	364	100%	100%	100%	100,0%	100%

Der überwiegende Teil weiblicher Patienten ist aus der Bevölkerungsverteilung nicht erklärbar (51).

Es fand sich im Gegensatz zu den Autoren de BOOR, CREMERIUS und DÖHRSSEN eine große Differenz in der Häufigkeit, mit der männliche und weibliche Patienten die Abteilung aufsuchten. Allerdings entsprechen die Zahlen weitgehend den von DILLING in Praxen von Nervenärzten gefundenen.

Auf ein deutliches Überwiegen des weiblichen Geschlechtes bei der Diagnose Neurose weist auch PFLANZ hin (35). Auf mögliche Ursachen wird unter dem Punkt "Unterschiede von Diagnose und Therapie bei den Geschlechtern" eingegangen.

3.1.4 Die Krankenkassenzugehörigkeit

Tabelle I-4

Krankenkasse	vorliegende Untersuchung Anzahl	Prozent	de BOOR
RVO-Kassen (z. B. AOK, Betriebs-Innungskassen)	66	18,1%	50%
Ersatzkassen	224	61,5%	21%
Privatkassen Selbstzahler	71	19,5%	23%
Beamtenkasse, andere	2	0,6%	5%
keine Angabe	1	0,3%	1%
Summe	364	100,0%	100%

Anmerkung zur Tabelle:
Nach dem statistischen Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland von 1978 haben die RVO-Kassen rund doppelt soviele Mitglieder wie die Ersatzkassen (51).

Die Krankenkassenzugehörigkeit wurde als Patientenmerkmal gewählt, weil sich damit eine Möglichkeit zur Zuordnung der Patienten zu den Bevölkerungsschichten ergibt. Arbeiter sind im allgemeinen Mitglieder einer RVO-Kasse (z. B. der AOK), Angestellte sind meist Ersatzkassenmitglieder.

Weniger als ein Fünftel der Patienten der Abteilung waren Mitglieder der AOK oder einer anderen RVO-Kasse, über die Hälfte waren Ersatzkassenmitglieder. Ähnliche Zahlen finden sich auch in der Enquête (50, S. 145). Dies ist erstaunlich, da die AOK Psychotherapie noch vor den Ersatzkassen im Leistungsangebot hatte. Erinnert sei dabei an die Pioniertätigkeit des Zentralinstituts für psychogene Erkrankungen der AOK in Berlin (5, 15).

Die Frage der größeren Häufigkeit der Diagnose Neurosen, ebenso wie der größeren Zahl psychotherapeutischer Behandlungen in der Oberschicht wird bereits bei anderen Autoren wie HOLLINGSHEAD und READLICH sowie bei

PFLANZ ausführlich diskutiert (26, 35), weshalb hier nicht ausführlicher darauf eingegangen werden soll. Der ähnlichen Schichtzugehörigkeit von Arzt und Patient mag dabei eine Bedeutung zukommen. Ebenso ist die Tatsache zu bedenken, daß bis vor etwa 10 Jahren fast nur Privatpatienten, d. h. vorwiegend Angehörige mittlerer und höherer Schichten die Möglichkeit hatten, eine psychotherapeutische Behandlung zu erhalten.

Ausnahmen stellen u. a. das vorerwähnte Zentralinstitut für psychogene Erkrankungen in Berlin und das sogenannte Münchner Modell dar. Dort hatten bereits vor der allgemeinen Regelung über die Kostenübernahme durch die Krankenkassen finanziell schlechter gestellte Patienten die Möglichkeit, die Behandlungskosten zumindest teilweise erstattet zu bekommen. Beim Münchner Modell trugen jeweils die Krankenkassen, die BfA bzw. LVA und der Patient ein Drittel der Behandlungskosten (49).

3.1.5 Die Diagnose
(körperliche und neurotische Manifestation einer Erkrankung, Borderlinefälle; Neurosenstrukturen; narzißtische Störung)

Tabelle I-5a

Diagnose	Anzahl	Prozent
neurotischer Aktualkonflikt	10	2,7
neurotische Entwicklung	17	4,7
Psychoneurose	129	35,4
psychosomatische Erkrankungen	164	45,1
Partnerkonflikt	11	3,0
andere	29	8,0
keine Angabe	4	1,1
Summe	364	100,0

Nach den hauptsächlich geklagten Beschwerden (Leitsymptome) wurden die Patienten in eine Gruppe mit psychischen und eine Gruppe mit somatischen Leitsymptomen unterteilt. Beide Gruppen waren etwa gleich stark. Dies entspricht den Befunden von de BOOR.
Ein großer Teil der Patienten hatte sowohl körperliche und vegetative als auch psychische Symptome. BAUMEYER fand ein Überwiegen der körper-

lichen Funktionsstörungen gegenüber den psychischen Krankheitserscheinungen mit 62 % zu 38 %; DOHRSSEN dagegen betont, daß eine psychische Symptomatik in 90 % von variablen Organfunktionsstörungen begleitet wird (5, 15).

Unter den 364 Patienten befanden sich 27 (7,5 %), die als Borderlinefälle diagnostiziert wurden oder bei denen Verdacht auf eine Psychose bestand.

Tabelle I-5b

Strukturdiagnose	vorliegende Untersuchung	BAUMEYER
schizoid	5,5 %	2,0 %
depressiv	6,3 %	9,4 %
zwanghaft	6,6 %	13,0 %
hysterisch	5,8 %	9,4 %
Mischstruktur	59,8 %	66,2 %
andere	15,9 %	
Summe	100,0 %	100,0 %

Bei den meisten Patienten wurden mehrere Strukturmerkmale diagnostiziert (Mischstruktur). Teilte man die Strukturmerkmale nach der Häufigkeit, in der sie in der Patientendokumentation aufgeführt wurden, auf, so fanden sich schizoide, depressive, zwanghafte und hysterische Strukturmerkmale im Verhältnis 4 : 6 zu 4 : 5. Auch andere Autoren, z. B. MOELLER und SCHEER, fanden bei Patienten der psychosomatischen Poliklinik und der psychotherapeutischen Studentenberatungsstelle vorwiegend depressive Strukturen (32).
Eine Frühstörung bzw. narzißtische Störung wurde bei 94 von 364 Patienten (25,9 %) beschrieben.

3.1.6 Die Therapievorschläge

Dem überwiegenden Teil der Patienten wurde eine psychotherapeutische Behandlung empfohlen, was den Angaben anderer Autoren entspricht (32, 50). Da die psychotherapeutischen Methoden in den letzten Jahren weiterentwickelt wurden und viele verschiedene Therapieformen zur Verfügung standen, konnte bei einem großen Teil der Patienten eine Indikation zur Psychotherapie gestellt werden.

Unter den vorgeschlagenen Therapien sind individuelle und Gruppentherapien, tiefenpsychologisch-aufdeckende Therapien, die mehr symptomorientierte Verhaltenstherapie (7, 29) und Biofeedback (10), sowie Entspannungstherapien.

Bei den tiefenpsychologischen Therapien wurden analytische Einzeltherapie (3, 15, 41) und analytische Kurztherapie (4, 30) vorgeschlagen. Auch in Paar- und Familientherapie wird meist mit tiefenpsychologischem Ansatz gearbeitet (37, 46). In der Gruppentherapie gibt es viele verschiedene Methoden. Hier wurde in der Regel analytische Gruppentherapie empfohlen (2, 24).

Als weiteres therapeutisches Verfahren wurde gelegentlich Gesprächstherapie (Klientzentrierte Psychotherapie) (38, 43) oder Verhaltenstherapie empfohlen.

Das autogene Training (40) wurde als Entspannungsübung bei psychosomatisch Kranken häufig zusätzlich zu einer anderen Therapie oder zur Überbrückung bis zu deren Beginn vorgeschlagen.

Die verschiedenen therapeutischen Methoden können hier nicht im einzelnen beschrieben werden, weshalb auf die entsprechende Literatur verwiesen wird.

Neben ambulanter wurde auch stationäre Psychotherapie empfohlen. Häufig geschah dies bei psychosomatisch Erkrankten, bei denen außer Psychotherapie auch stationäre somatische Therapie erforderlich war.

Tabelle I-6

Therapievorschlag	Therapievorschläge lt. Patientendokumentation 1975 - 1976 Anzahl	Prozent	de BOOR/KONZLER	CREMERIUS (durchgef. Therapien)	MOELLER/SCHEER (Poliklinik) (mehrere Therapievorschläge waren gleichzeitg.mögl.)
analyt.Einzeltherapie	99	27,2%(davon 8 m.aut.Trg.)	12%	9%(durchschnittl. 70 Std.)	4%
stat.Psychotherapie	23	6,3%(davon 2 m.aut.Trg.)			18%
analyt.Kurztherapie	23	6,3%(davon 2 m.aut.Trg.)	10%	35%(durchschnittl. 16 Std., 8% mit aut.Trg.)	
individ.Psychotherp.(Lit.32)					25%
analyt.Kurztherp.i.d.Abt.	32	8,8%			
Beratung					30%
Familientherapie	5	1,4%			
Ehepaartherapie	18	5,1%(davon 2 m.aut.Trg.)			3%
Gruppentherapie	49	13,4%(davon 6 m.aut.Trg.)			10%
Hypnose	1	0,3%			
Verhaltenstherapie	30	8,2%			
Gesprächstherapie	1	0,3%			
autogenes Training	17	4,7% + 20 (5,5%) mit anderer Therapie		17%	
andere Psychotherapie	8	2,2%			
andere Beratungsstelle	4	1,1%			
psychiatrische Klinik	9	2,5%			
medikamentöse Behandlg.					30%
and.ärztl.Behandlung	8	2,2%			15%
keine weit.Therp.Empfehlg.	23	6,3%	74%		6%
keine Angabe	14	3,8%			
Summe	364	100,0%			

3.2 Daten aus dem Fragebogen

Die Häufigkeitstafeln aus den Ergebnissen des Fragebogens wurden mit II-... bezeichnet.

3.2.1 Rücklauf des Fragebogens

Tabelle II-1

Wievielen Patienten konnte der Fragebogen zugestellt werden?

	Anzahl	Prozent
erreichbar	328	90,1
nicht zu erreichen	36	9,9
Summe	364	100,0

Von den nicht erreichbaren Patienten waren 27 unbekannt verzogen, darunter eine große Zahl von Studenten. Fünf Patienten waren mittlerweile verstorben; dabei handelte es sich in einem Fall um Suizid. Vier Patienten waren aus anderen Gründen nicht erreichbar.

Tabelle II-2

Wieviele Patienten haben geantwortet?

	von insgesamt Angeschriebenen		von Erreichbaren	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
geantwortet	234	64,3	234	71,3
nicht geantwortet	94	25,8	94	28,7
nicht erreichbar	36	9,9		
Summe	364	100,0	328	100,0

Tabelle II-3

Antwortbereitschaft der Patienten

	Anzahl	Prozent
Antwort spontan auf das erste Schreiben	153	65,4
Antwort erst auf das Erinnerungsschreiben	81	34,6
Summe	234	100,0

Insgesamt beantworteten 71,3 % der z. Zt. der Nachuntersuchung mit der Post erreichbaren Patienten den Fragebogen. Dies entspricht zwar nicht der für Reihenkatamnesen geforderten Quote von 80 % (6, 45), entspricht aber der bekannten Quote aus der Vergleichsliteratur (vergl. 12, 18, 44). Auf die Unterschiede der spontanen Antworten zu den Antworten auf das Erinnerungsschreiben wird bei der Besprechung der jeweiligen Fragen eingegangen.
Wurde der Fragebogen nicht beantwortet, z. B. weil sich der Patient nicht mehr erinnerte, kann das auch als Ausdruck einer Abwehr gegen im therapeutischen Gespräch angesprochene unbewußte Inhalte verstanden werden.

3.2.2 Häufigkeitstafeln der Antworten auf die geschlossenen Fragen des Fragebogens

3.2.2.1 Die Fragen nach der subjektiven Einschätzung der Gespräche

Tabelle II-4a

Zu Frage 1: Wie fühlten Sie sich hinsichtlich Ihrer Probleme und Beschwerden durch das Gespräch in der psychosomatischen Abteilung?

	Anzahl	Prozent
eher erleichtert	104	44,4
eher belastet	44	18,8
unbeeinflußt	71	30,3
keine Angabe	15	6,4
Summe	234	100,0

Tabelle II-4b

Zu Frage 2: Fühlten Sie sich vom Therapeuten der psychosomatischen Abteilung verstanden?

	Anzahl	Prozent
ich fühlte mich verstanden	89	38,0
teilweise verstanden	56	23,9
ich bin nicht sicher, ob man mich verstanden hat	47	20,1
ich fühlte mich nur wenig verstanden	12	5,1
ich fühlte mich nicht verstanden	22	9,4
keine Angabe	8	3,4
Summe	234	100,0

Tabelle II-4c

Zu Frage 3: Hatten Sie das Gefühl, daß Ihnen das Gespräch geholfen hat?

	Anzahl	Prozent
geholfen	61	26,2
etwas geholfen	56	24,0
weiß nicht	23	9,9
kaum geholfen	27	11,6
nicht geholfen	58	24,9
keine Angabe	9	3,4
Summe	234	100,0

Die Antworten zeigen eine positive Resonanz der Gespräche. 44,4 % der Patienten fühlten sich erleichtert, 61,9 % fühlten sich verstanden oder teilweise verstanden, 50,2 % geholfen oder etwas geholfen. Wie bereits in der Kritik der Methoden erwähnt, ist allerdings kein direkter Rückschluß auf den therapeutischen Erfolg möglich, da z. B. Hallo - Good-bye-Effekt und Übertragungsphänomene sowie Abwehrhaltungen berücksichtigt werden müssen.

Die Verteilung der Antworten liegt in der Nähe der Drittelparität zwischen "geholfen", "etwas geholfen" und "nicht geholfen", wie sie laut CREMERIUS und WIDOK häufig in dem internationalen Schrifttum bei Fragebogenaktionen gefunden werden (12, 45).

Einige Patienten schreiben in den Begleitbriefen, daß sie das Reden über ihre Probleme und deren Ursachen zuerst belastet hätte, wobei sie Belastung nicht negativ verstanden. Belastend empfanden sie z. B., daß sie sich gezwungen sahen, sich ehrlich mit sich und ihrer Situation auseinanderzusetzen. Aus den Antworten auf Frage 1 ist zu entnehmen, daß sich 30 % der Patienten in ihren Problemen nicht angesprochen fühlten. Die enttäuschte Erwartung vieler, daß nach einem oder zwei Gesprächen die Beschwerden beseitigt wären, mag die Ursache dafür sein, daß sich mehr Patienten verstanden als geholfen fühlten.

3.2.2.2 Die empfohlenen Therapien

Tabelle II-5

Zu Frage 4: Was ist Ihnen geraten worden?

	Antworten im Fragebogen		Patientendokumentation Insgesamt		nur Antw.: Ja-Pat.	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
analyt. Einzeltherapie	65	27,8	99	27,2	71	30,3
stat. Psychotherapie	23	9,8	23	6,3	16	6,8
analyt. Kurztherapie	6	2,6	23	6,3	12	5,1
Familientherapie	4	1,7	5	1,4	2	0,9
Ehepaartherapie	14	6,0	18	4,9	12	5,1
Gruppentherapie	55	23,5	49	13,5	33	14,1
Hypnose	1	0,4	1	0,3	1	0,4
Verhaltenstherapie	16	6,8	30	8,2	18	7,7
Gesprächstherapie	5	2,1	1	0,3	1	0,4
autogenes Training	13	5,6	17	4,7	9	3,8
andere ärztl. Behandlung	11	4,7	8	2,2	5	2,1
andere Psychotherapie	2	0,9	8	2,2	5	2,1
andere Beratungsstelle			4	1,1	3	1,3
psychiatrische Klinik	2	0,9	9	2,5	4	1,7
keine	10	4,3	23	6,3	16	6,8
Kurztherapie in der Abtlg.			32	8,8	21	9,0
keine Angabe	7	3,0	14	3,8	5	2,1
Summe	234	100,0	364	100,0	234	100,0

In Tabelle II-5 sind den Antworten der Patienten die Daten der Patientendokumentation (Tabelle I-6) gegenübergestellt. Um diese Gegenüberstellung besser interpretierbar zu machen, wurden neben einer Spalte mit allen Therapievorschlägen aus der Patientendokumentation eine Spalte eingefügt, in der die Therapievorschläge aus der Patientendokumentation nur bei den Patienten übernommen wurden, die auch den Fragebogen beantworteten. Zwischen diesen Angaben zur Therapieempfehlung in der Patientendokumentation und den Angaben der Patienten bestehen geringfügige Unterschiede. Einige Patienten hatten noch eine andere Therapieempfehlung erhalten als in der Patientendokumentation vermerkt und nahmen dann diese wahr.

Andere verwechselten wohl Therapiebezeichnungen wie z. B. analytische Kurztherapie und Gesprächstherapie. Sie waren offensichtlich durch das vielfältige Gewirr der Therapiebezeichnungen überfordert.

3.2.2.3 Die Behandlungsaufnahme

Tabelle II-6

Zu Frage 5: Ist diese Behandlung zustande gekommen?

	Anzahl	Prozent
ja	110	47,0
nein	103	44,0
ja, aber vorzeitig abgebrochen	8	3,4
keine Angabe	13	5,6
Summe	234	100,0

Über 90 % der Patienten erhielt einen Vorschlag zur weiteren Therapie, die Hälfte aller Patienten hat die empfohlene Therapie aufgenommen.

Die Zahlen zur Therapieaufnahme sind mit den zitierten Untersuchungen von de BOOR, CREMERIUS und DOHRSSEN nur bedingt vergleichbar, da dort Erstgespräche und anschließende psychotherapeutische Behandlung in derselben Klinik durchgeführt wurden. Für den Patienten entfiel somit die weitere Suche nach einem Therapieplatz.

WEIGER und WIRSCHING berichteten, daß nach einem psychotherapeutischen Kurzinterview von 71,4 % der Patienten, die einen Fragebogen beantworteten, 6 Monate später 61 % eine Therapie aufgenommen hatten. Aus der Veröffentlichung geht allerdings nicht hervor, wie oft es sich dabei um eine psychotherapeutische Behandlung handelte, wie oft um eine organmedizinische oder psychiatrische und ob diese auf Grund des Kurzinterviews zustande kam oder unabhängig davon (44).
De BOOR und KÜNZLER schreiben, daß 30 % der Patienten, die die Ambulanz der psychosomatischen Klinik aufsuchten, zur Behandlung in der Klinik angenommen wurden. Von den 70 % abgelehnten Patienten wurden 58 % durch die Klinik abgelehnt, 42 % lehnten die Behandlung selbst ab (8).

3.2.2.4 Die Wartezeit

Tabelle II-7

Zu Frage 6: Wenn ja, nach welcher Wartezeit?

	Anzahl	Prozent
weniger als 3 Monaten	76	63,9
3 - 6 Monate	25	21,0
6 - 12 Monate	11	9,2
über 12 Monate	7	5,9
Summe	119	100,0
keine Angabe	115	

Bei den Wartezeiten über 12 Monaten und zwischen 6 und 12 Monaten handelte es sich in jeweils der Hälfte der Fälle um analytische Einzeltherapie.

Bemerkenswert erscheint, daß der überwiegende Teil einen Therapieplatz nach einer Wartezeit von weniger als 3 Monaten fand. Dabei dürfte allerdings das ungewöhnlich große Angebot an Therapeuten verschiedener Therapierichtungen in München eine Rolle spielen. Ein Teil der Patienten, die in größerer Entfernung von München wohnten, beklagten sich in den Begleitbriefen, daß es in erreichbarer Nähe zu ihrem Wohnort keine Möglichkeit zur Psychotherapie gäbe. Weitere Erkenntnisse dazu sind aus Tabelle II-9 zu entnehmen.

3.2.2.5 Gründe, weshalb der Therapievorschlag nicht angenommen wurde

Tabelle II-8

Zu Frage 7: Wenn nein, was waren die Gründe?

	Anzahl	Prozent
trotz Suche keinen Behandlungsplatz gefunden	10	9,4
die Behandlung wäre zeitlich zu aufwendig gewesen	20	18,9
eine Behandlung ist nicht mehr nötig gewesen, da sich die Beschwerden genügend gebessert hatten	13	12,3
das Beratungsgespräch selbst hat mich davon abgebracht	13	12,3
es ist eine andere als die vorgeschlagene Behandlung zustande gekommen	10	9,4
eine Behandlung war nicht beabsichtigt	7	6,6
finanzielle Gründe	7	6,6
andere Gründe	26	24,5
Summe	106	100,0
keine Angabe	128	

Bei der Beurteilung der Antworten ist zu berücksichtigen, daß die angegebenen Gründe oft rationaler Natur sind und tieferliegende Widerstände gegen eine Psychotherapie überdecken.
Das Merkmale "finanzielle Gründe" wurde erst bei der Auswertung eingefügt, weil es von einigen Patienten unter "andere Gründe" angegeben wurde. Wurde zu großer Zeitaufwand als Ablehnungsgrund angegeben, ist zu fragen, wie schwer der Leidensdruck gegen berufliche und sonstige Interessen wiegt.

Trotz Suche haben vorwiegend Patienten keinen Behandlungsplatz gefunden, deren Wohnort in größerer Entfernung von München liegt. Manche Patienten haben eine andere als die vorgeschlagene Therapie aufge-

nommen, andere haben zusätzlich zur vorgeschlagenen Therapie eine weitere Behandlung aufgenommen. Die Untersuchung dieser Sondergruppen ergibt Tabelle II-8a.

3.2.2.6 Behandlungen, die außer oder zusätzlich zur empfohlenen Therapie zustande kamen

Tabelle II-8a

Zu Frage 7: Welche Behandlung kam sonst zustande?

	Anzahl	Prozent
analytische Einzeltherapie	4	12,9
stationäre Psychotherapie	1	3,2
analytische Kurztherapie	2	6,5
Ehepaartherapie	1	3,2
Gruppentherapie	5	16,1
Gesprächstherapie	2	6,5
andere Psychotherapie	5	16,1
andere ärztliche Behandlung	3	9,7
andere Beratungsstelle	1	3,2
Psychiatrische Klinik	1	3,2
Heilpraktiker	6	19,4
Summe	31	100,0

Von diesen 31 Patienten gab ein großer Teil an, die empfohlene und die oben aufgeführte nachträglich gewählte Therapie aufgenommen zu haben. Die Patienten hielten sich aber im großen und ganzen an das Spektrum der vorgeschlagenen Therapieformen. Auffällig ist, daß sich 6 Patienten vom Heilpraktiker behandeln ließen und gute Erfolge beschrieben.

3.2.2.7 Die Vermittlungshilfe

Tabelle II-9

Zu Frage 8: Wieweit ist Ihnen bei der Vermittlung eines Therapieplatzes geholfen worden?

	Anzahl	Prozent
durch direkten Telefonanruf durch die psychosomatische Abteilung	13	5,6
die Adresse wurde mir durch die psychosomatische Abteilung vermittelt	102	43,6
ich wurde durch einen anderen Therapeuten weitervermittelt	16	6,8
ich habe mir den Therapieplatz selbst gesucht	27	11,5
keine Angabe	76	32,5
Summe	234	100,0

Direkt durch Telefonanruf wurden Patienten nur in Ausnahmefällen weitervermittelt, z. B. wenn gerade ein freier Therapieplatz gemeldet war.

Normalerweise erhielten die Patienten eine Liste mit Adressen geeigneter Therapeuten. Diese machten manchmal, wenn bei ihnen selbst keine Möglichkeit zur Therapie bestand, den Patienten auf andere Therapeuten aufmerksam.

3.2.2.8 Die Reaktion auf die anschließend aufgenommene Therapie

Tabelle II-10

Zu Frage 9: Falls eine Behandlung zustande kam (ob inzwischen beendet oder noch laufend), wie sind Sie mit dieser Behandlung zufrieden?

	Anzahl	Prozent
die Behandlung hat gerade begonnen	3	2,5
läuft noch	60	49,2
ist schon beendet	59	48,4
Summe	122	100,0
keine Angabe	112	
ich bin mit dieser Behandlung		
unzufrieden	13	10,3
ziemlich unzufrieden	6	4,8
etwas unzufrieden	7	5,6
weder - noch	6	4,8
etwas zufrieden	19	15,1
ziemlich zufrieden	30	23,8
zufrieden	45	35,7
Summe	126	100,0
keine Angabe	108	

Die Unterteilung der Zufriedenheitsskala nach beendeten und noch laufenden Therapien ergab keine Eregebnisse, da wegen der unterschiedlichen Dauer der Therapiearten und wegen der vorzeitig abgebrochenen Therapien keine Aussagen zustande gekommen wären. Für die Zufriedenheitsskala gilt, was für die Fragen nach der subjektiven Reaktion der Patienten gesagt wurde. Es ist ein Rückschluß auf die momentane Einstellung der Patienten zu ihrer Therapie möglich, eine objektive Aussage läßt sich daraus nicht ableiten.

3.2.3 Die freien Antworten

Von den 234 Patienten haben 178 auf die offenen Fragen geantwortet. Dies zeigt, daß sich die Patienten mit ihren Problemen und dem therapeutischen Gespräch beschäftigt haben. Viele schilderten ihren Leidensweg und die Entwicklung ihrer Beschwerden nach den Gesprächen in der Abteilung, andere wären lieber garnicht mehr daran erinnert worden. Auf die einzelnen Antworten kann im Rahmen dieser Arbeit nicht im Detail eingegangen werden. Es sollen allerdings einige wiederholt anzutreffende Aussagen dargestellt werden.

Von den 178 Patienten gaben 85 auf die Frage Auskunft:
Wenn ja, in welcher Weise wurde Ihnen geholfen?

Die gegebenen Antworten konnten weitgehend in drei Gruppen eingeteilt werden. Einige der Patienten gaben auch mehrere der folgenden Gesichtspunkte an:

- Durch die Vermittlung einer Therapie sahen sich 19 der Befragten geholfen. Weitere 13 sahen eine Hilfe darin zu wissen, wie es weitergehen soll, im Aufzeigen eines konkreten Weges oder in der Aussicht auf Hilfe durch eine dann zu beginnende Therapie.

- 22 Patienten fanden Hilfe dadurch, jemanden gefunden zu haben, der sich für sie einsetzt, dem sie vertrauen konnten. Für sie bestand die Hilfe im "sich ernst genommen fühlen", "verstanden werden", "dem Gefühl, vollwertig zu sein", "Belastendes erzählen zu können", in der Aussprachemöglichkeit oder schlicht darin, daß jemand für sie da war.

- 11 Patienten empfanden es als Hilfe, einen Anstoß zum Nachdenken erhalten zu haben, sich mit ihren Problemen auseinandergesetzt zu haben oder Distanz dazu gewonnen zu haben. 12 Patienten hatten durch die Gespräche mehr Klarheit über ihre Probleme gewonnen.

Weitere Aussagen darüber, wie geholfen wurde, betrafen ein größeres Selbstvertrauen (18 Patienten) oder die Lösung aktueller Probleme. Einige fanden sich nun in der Lage, allein weitermachen zu können.

Auf die Frage "Was hat Ihnen beim Gespräch in der psychosomatischen Abteilung gefallen bzw. nicht gefallen, was könnte besser sein oder was Sie sonst noch sagen wollen" wurde auch kritisch beantwortet. Ein von Patienten häufig direkt angesprochener Punkt betraf die Therapievermittlung. Die Patienten kritisierten, daß sie sich ihren Therapieplatz selbst suchen mußten und nicht an einen Therapeuten verwiesen wurden, bei dem die Möglichkeit bestand, sofort eine Therapie aufzunehmen. Viele beklagten sich, daß sich trotz der ausgehändigten Adressenliste nur mit großer Mühe ein Therapieplatz finden ließ und empfanden die wiederholten Vorstellungsgespräche bei verschiedenen Therapeuten sehr belastend. Zwei beschwerten sich, die Suche deshalb vorzeitig aufgegeben zu haben.

Einige wenige Patienten gaben an, sich pauschal behandelt zu fühlen oder in eine Schablone gepreßt worden zu sein. Andererseits lobten viele Patienten das geringe Maß an Bürokratie und die angenehme freundliche Atmosphäre in der Abteilung.

Nur drei Patienten, deren Besuch allerdings über 1 1/2 Jahre zurücklag, gaben an, sich nicht mehr genau erinnern zu können.

Vier Patienten fühlten sich in der psychosomatischen Abteilung fehl am Platz, da ihre Beschwerden körperlich seien. Sie wären nur auf Anraten ihres Arztes gekommen.

4. DIE AUSWERTUNG DER IN DEN HÄUFIGKEITSTAFELN DARGESTELLTEN DATEN AUS PATIENTENDOKUMENTATION UND FRAGEBOGEN DURCH KONTINGENZTAFELN

In den voranstehenden Häufigkeitstafeln wurden die Patienten nach verschiedenen Merkmalen eingeteilt. Es wurden die Antworten auf den Fragebogen dargestellt. Nun soll untersucht werden, ob zwischen den Merkmalen der Häufigkeitstafeln Zusammenhänge bestehen. Dazu wurden aus je zwei Häufigkeitstafeln eine Kontingenztafel gebildet. Der Zusammenhang der beiden Merkmale wurde statistisch auf Signifikanz geprüft, d. h., es wurde untersucht, ob der Zusammenhang über der statistischen Zufallswahrscheinlichkeit liegt. Ein signifikanter Zusammenhang ist gegeben, wenn die Hypothese, daß beide Merkmale unabhängig sind, mit mindestens 95 % Wahrscheinlichkeit verworfen wird. Der p-Wert muß dann unter 0,05 liegen.

In Abschnitt 4 soll untersucht werden, welche Merkmale Einfluß auf die weitere Therapieaufnahme des Patienten hatten.
Die Tabellen des Abschnitts 4 werden mit III-... bezeichnet.

4.1 Die Bedeutung von Patientenmerkmalen für die Weiterbehandlung

Zunächst sollen Merkmale untersucht werden, die der Patient zu den Gesprächen mitgebracht hat. Das sind Überweisungsmodus zum psychotherapeutischen Gespräch, Alter, Geschlecht und Krankenkassenzugehörigkeit.

4.1.1 Überweisungsmodus zum psychotherapeutischen Beratungsgespräch

Welche Bedeutung hat die überweisende Stelle für die weitere psychotherapeutische Behandlung eines Patienten?
Hat es einen Einfluß auf die Weiterbehandlung, ob sich der Patient spontan zur Psychotherapie entschließt oder ob er überwiesen wird?

Tabelle III-1

Behandlungsaufnahme und "kommt von"
(signifikant im 5 % Niveau)

"kommt von"	Behandlungsaufnahme ja	nein	Summe
spontan gekommen	19	8	27
durch andere (z.B. Angehörige) empfohlen	20	19	39
von niedergelassenem Arzt/ Facharzt überwiesen	20	23	43
von Kliniken überwiesen	17	30	47
von der psychiatrischen Klinik	32	22	54
Summe	108	102	210

Tabelle III-1 läßt folgendes erkennen:
Aus dem Vergleich von Zeile 1 mit den Zeilen 2 bis 5 geht hervor, daß spontan gekommene Patienten häufiger eine weitere Therapie aufnahmen als überwiesene ($p < 0,05$). Aus dem Vergleich von Zeile 5 mit den Zeilen 3 und 4 geht hervor, daß Patienten aus der psychiatrischen Klinik häufiger eine weiterempfohlene Therapie aufnahmen als von anderen Kliniken oder niedergelassenen Ärzten überwiesene Patienten ($p < 0,05$).

Welche Patientenmerkmale haben noch einen Einfluß auf die Weiterbehandlung?

Aus den bisherigen Ergebnissen war ersichtlich, daß das psychotherapeutische Beratungsgespräch überwiegend von jüngeren Leuten, Angehörigen der Mittelschicht und Frauen aufgesucht wurde, worauf auch bei anderen Autoren hingewiesen wird. Diese Merkmale sollen nun im Hinblick auf Weitervermittlung bzw. Behandlungsaufnahme betrachtet werden.

4.1.2 Alter

Lassen sich altergruppentypische Verhaltensmuster hinsichtlich der Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung aufzeigen?

Tabelle III-2

"kommt von" und Alter

	spontan gekommen		über andere		von niedergel. Ärzten überwiesen		durch Krankenhäuser überwiesen		von der psychiatr. Klinik Mü.		Summe	
bis 20	1	3%	3	5%	5	7%	3	4%	11	11%	23	6%
20-30	19	51%	29	50%	29	39%	37	43%	38	37%	152	43%
30-40	12	32%	21	37%	30	41%	25	29%	41	40%	129	36%
40-50	3	8%	2	4%	7	9%	13	15%	9	9%	34	10%
über 50	2	5%	2	4%	7	4%	7	8%	3	3%	17	5%
Summe	37	100%	57	100%	74	100%	85	100%	102	100%	355	100%

Tabelle III-3a

Rücklauf und Alter
(signifikant im 1%-Niveau)

Alter	Beantwortung ja	nein	Summe
unter 30	126	33	159
30 - 40	72	49	121
über 40	36	12	48
Summe	234	94	328

Tabelle III-3b

Behandlungsaufnahme und Alter

Behandlungsaufnahme ja	nein	Summe
61	56	117
32	34	66
17	13	30
110	103	213

Die 20-40-jährigen stellten 80 % der Patienten der Abteilung.
Die 20-30-jährigen kamen am häufigsten spontan.
Die unter 30-jährigen beantworteten den Fragebogen signifikant häufiger, gaben häufiger an, eine weitere Therapie aufgenommen zu haben.
Die 30-40-jährigen wurden häufiger überwiesen, waren die Altersgruppe mit der geringsten Antwortquote, waren die Altersgruppe, die am häufigsten angab, keine weitere Therapie aufgenommen zu haben.

Die über 40-jährigen antworteten signifikant häufiger als die vorhergehende Altersgruppe, gaben häufiger als die vorhergehende Altersgruppe an, eine weitere Therapie aufgenommen zu haben.

Auf die Tatsache, daß Patienten unter 30 Jahren häufiger eine weitere Psychotherapie aufnehmen als über 30-jährige, weisen auch andere Autoren hin (z. B. WEIGER, WIRSCHING). Hervorzuheben ist bei den vorliegenden Ergebnissen die deutliche Wende zu einer zunehmenden Therapiebereitschaft bei über 40-jährigen Patienten.

Vertreter der Altersgruppe unter 30 scheinen von sich aus die Notwendigkeit psychotherapeutischer Hilfe eher zu erkennen und zu akzeptieren, worauf "spontanes Kommen", höhere Antwortrate und häufigere Aufnahme der empfohlenen Therapie hinweisen.

Die ebenso stark vertretene Altersgruppe der 30-40-jährigen kam weniger spontan und mehr durch Überweisung in die Abteilung. Sie war im Vergleich zu den jüngeren und älteren Patienten schwieriger zu einer Psychotherapie zu motivieren. Dies soll hervorgehoben werden, da es sich um Leute handelt, die sozusagen mitten im Leben stehen und meist auch in der beruflichen Laufbahn entscheidend engagiert sind. Zwang zur Anpassung mag damit verbunden sein, wodurch die Angst vor Vorurteilen gegenüber der Psychotherapie, z. B. bei Kollegen, eine Bedeutung zukommt. Die Sorge um die Gesundheit trägt vielleicht besonders bei dieser Altersgruppe dazu bei, der Überweisung in die psychotherapeutische Sprechstunde zu folgen. Der große Zeitaufwand, der mit einer Psychotherapie verbunden ist, läßt wieder davon Abstand nehmen.

Betrachtet man die Untersuchung von DILLING, so fällt auf, daß unter den Erstkonsultanten von Nervenärzten ein größerer Anteil über 40-jähriger neurotischer Patienten zu finden ist. Das zeigt, daß jüngeren Menschen der Gedanke, mit Problemen zum Psychotherapeuten zu gehen, näher liegt, ältere dagegen eher den Nervenarzt konsultieren.

4.1.3 Geschlecht

Wie macht sich der Geschlechtsunterschied bei der Aufnahme der psychotherapeutischen Behandlung bemerkbar?

Tabelle III-4

"kommt von" und Geschlecht

	spontan gekommen		über andere		von niedergel. Ärzten überwiesen		durch Krankenhäuser überwiesen		von der psychiatr. Klinik Mü.		Summe	
männl.	13	35%	19	33%	28	38%	35	41%	43	42%	138	39%
weibl.	24	65%	38	67%	46	62%	50	59%	59	58%	217	61%
Summe	37	100%	57	100%	74	100%	85	100%	102	100%	355	100%

Tabelle III-5

Behandlungsaufnahme und Geschlecht

	Behandlungsaufnahme ja	nein	Summe
männlich	39	43	82
weiblich	71	60	131
Summe	110	103	213

Weniger Männer als Frauen kamen spontan in die Abteilung. Dieselbe Tendenz zeigt sich hinsichtlich der Zahl der beantworteten Fragebogen und für die Behandlungsaufnahme, was sich mit Befunden von de BOOR und KONZLER (8) deckt. Im Zusammenhang mit Diagnose und Therapievorschlag soll darauf später noch eingegangen werden.

4.1.4 Krankenkasse

Haben soziale Kriterien Bedeutung für die Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung?

Tabelle III-6

"kommt von" und Krankenkasse

	spontan gekommen		über andere		von niedergel. Ärzten überwiesen		durch Krankenhäuser überwiesen		von der psychiatr. Klinik Mü.		Summe	
RVO	2	7%	11	22%	12	17%	25	34%	15	25%	65	23%
EK	26	93%	38	78%	59	83%	49	66%	44	75%	216	77%
Summe	28	100%	49	100%	71	100%	74	100%	59	100%	281	100%

Tabelle III-7

Behandlungsaufnahme und Krankenkassenzugehörigkeit
(signifikant im 5 %-Niveau)

	Behandlungsaufnahme ja	nein	Summe
RVO	15	21	36
EK	75	62	137
Privat	20	20	40
Summe	110	103	213

Ers tzkassenmitglieder kamen häufiger spontan zu den therapeutischen Gesprächen und nahmen häufiger die empfohlene Therapie auf als RVO-Kassen- bzw. AOK-Mitglieder ($p < 0{,}05$).

WEIGER und WIRSCHING fanden einen Zusammenhang zwischen spontanem Kommen bzw. Aufnahme der weiteren Behandlung einerseits und höherer Schulbildung andererseits. Ein größeres Maß an Krankheitseinsicht bei Patienten aus höheren Sozialschichten bzw. mit besserer Schulbildung dürfte dabei eine Rolle spielen.

Das bekannte Phänomen wird in der Enquête zur Lage der Psychiatrie (50, S. 145) diskutiert. Folgende Gesichtspunkte werden dort als Ursachen angesprochen:

Angehörige niederer Schichten haben größere Schwellenängste, eine Institution aufzusuchen. Es bestehen Kommunikationsbarrieren zwischen Arzt und Patient, die aus verschiedenen Schichten kommen. Die Psychotherapie wurde ursprünglich an Bedürfnissen von Angehörigen der Mittelschicht entwickelt. Geringer bewertet wird das Argument, daß die RVO-Kassen Psychotherapie schlechter vergüten als die Ersatzkassen.

In diesem Zusammenhang soll auch erwähnt werden, daß die Daten der Untersuchung eine signifikante Korrelation zwischen Ersatzkassenmitgliedschaft und vorwiegend neurotischen Symptomen bzw. RVO/AOK-Mitgliedschaft und körperlichen Symptomen ergibt ($p < 0{,}01$). Es werden damit Befunde von anderen Autoren (u.a. 26, 35, 44) gestützt.

4.1.5 Prognostisch günstige Patientenvariablen

Es zeigt sich, daß die in der Literatur (25) unter den prognostisch günstigen Patientenvariablen für einen guten Behandlungserfolg der Psychoanalyse genannten Faktoren Alter und bessere Schulbildung, ebenso wie stärkere Motivation auch bei der Therapieaufnahme wirksam waren und daß das therapeutische Gespräch die genannten Variablen als Selektionsfaktoren nicht unwirksam machen konnte.

ERNST spricht von einer Spontanselektion, die durch das prognosebezogene Auswählen der Ärzte und die Aktivität des Patienten zustande kommt (18).

4.2 Welche Merkmale aus der Patient-Therapeut-Interaktion hatten Bedeutung für die weitere Behandlung?

Im vorangegangenen Abschnitt wurde die Bedeutung der äußeren vom Patienten mitgebrachten Merkmale Überweisung, Alter, Geschlecht und Krankenkassenzugehörigkeit - also vom aktiven Eingreifen des Therapeuten unabhängige Merkmale - für die weitere Therapieaufnahme untersucht.

Nun sollen ebenfalls unter dem Gesichtspunkt Therapieaufnahme Merkmale untersucht werden, die in der Interaktion zwischen Therapeut und Patient, der Arzt-Patient-Beziehung zustande kommen. Das sind hier Diagnose, Neurosenstruktur, Art der Vermittlungshilfe und Therapievorschlag.

Kommen psychosomatisch oder neurotisch Kranke vorwiegend spontan und welche lassen sich leichter weitervermitteln?

Wie verhalten sich Borderlinepatienten hinsichtlich der Therapieaufnahme?

Welche Unterschiede bestehen bei Patienten mit unterschiedlicher Neurosenstruktur bei der Therapieaufnahme und der Reaktion auf die Gespräche?

Hat die Form der Vermittlungshilfe entscheidenden Einfluß auf die spätere Therapieaufnahme?

Gibt es Therapieformen, die bevorzugt aufgenommen werden?

4.2.1 Diagnosen und Weiterbehandlung

4.2.1.1 Psychosomatische bzw. neurotische Erkrankung und Behandlungsaufnahme

Tabelle III-8

"kommt von" und Diagnose

	spontan gekommen		über andere		von niedergel. Ärzten überwiesen		durch Krankenhäuser überwiesen		von der psychiatr. Klinik Mü.		Summe	
psychosomat.	15	44%	21	42%	37	60%	61	77%	26	33%	160	52%
neurot.	19	56%	29	58%	25	40%	18	23%	54	67%	145	48%
Summe	34	100%	50	100%	62	100%	79	100%	80	100%	305	100%

Tabelle III-9

Behandlungsaufnahme und Diagnose

	Behandlungsaufnahme ja	nein	Summe
psychosomatisch	42	57	99
neurotisch	59	33	92
Summe	101	90	191

Patienten, die vorwiegend über psychosomatische Symptome klagten, kamen weniger häufig spontan oder auf Anraten von Angehörigen in die Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik und waren ebenfalls weniger leicht weiterzuvermitteln als Patienten, die vorwiegend psychische Beschwerden schilderten.

Patienten mit psychosmatischen Störungen antworteten ebensooft, wie solche mit neurotischen Störungen, allerdings häufiger erst auf das Erinnerungsschreiben.

Ebenso findet auch de BOOR, daß Patienten mit einer psychosomatischen Störung häufiger eine weitere Psychotherapie ablehnen als Patienten mit einer neurotischen Erkrankung (8).
CREMERIUS weist auf die oft erheblichen Schwierigkeiten hin, dem psychosomatisch Kranken den hinter seinen körperlichen Symptomen verborgenen Konflikt aufzuzeigen (12).

Hier sei an A. MITSCHERLICH's Konzept von der zweiphasigen Verdrängung erinnert (31).

Da bei psychosomatisch Kranken die Prognose im allgemeinen schlechter beurteilt wird, sind sie auch schwieriger an eine Therapie weiterzuvermitteln. Ebenso wirkt sich der Mangel an Kliniken für psychosmatische Erkrankungen aus, da im Vergleich zu Neurosen häufiger eine stationäre Behandlung nötig wird.

4.2.1.2 Psychosenahe Zustände und Behandlungsaufnahme

Borderline-Fälle und Patienten, bei denen Verdacht auf eine Psychose bestand, lagen sowohl mit der Beantwortung der Fragebogen als auch mit der Häufigkeit der Therapieaufnahme in der Tendenz unter den übrigen Patienten.

4.2.1.3 Neurosenstruktur und Behandlungsaufnahme

Wie an anderer Stelle bereits beschrieben (siehe 3.1.5), waren die depressiven Strukturen vor den hysterischen bei den Patienten am häufigsten zu finden.

Hinsichtlich Therapieaufnahme und Reaktion auf die Gespräche verhielten sich die verschiedenen Strukturen zwar nicht signifikant unterschiedlich, es zeigte sich jedoch eine einheitliche Tendenz.

Schizoide und Depressive lagen mit der Therapieaufnahme über dem Durchschnitt, Hysterische darunter. Hysterische hatten auch eine geringere Antwortfrequenz. Die Zwanghaften verhielten sich jeweils im Bereich des Durchschnittswertes.

Entsprechend sahen sich schizoide und depressive Patienten häufiger geholfen, verstanden und erleichtert. Die Zwanghaften fühlten sich eher belastet, während sich die Hysterischen am häufigsten vom Gespräch unbeeinflußt sahen.

Patienten mit einer narzißtischen Neurose bzw. einer Frühstörung antworteten seltener und hatten weniger oft eine Therapie aufgenommen.

4.2.2 Welchen Einfluß hat die Art der Vermittlungshilfe auf die Weiterbehandlung?

Tabelle III-10

Behandlungsaufnahme und Art der Vermittlung
(signifikant im 2 %-Niveau)

Vermittlung	Behandlungsaufnahme ja	nein	Summe
direkt durch Telefonanruf	11	2	13
nicht direkt weitervermittelt - Adresse durch die Abteilung	58	44	102
von anderem Therapeuten weitervermittelt	14	2	16
Therapieplatz selbst gesucht	20	7	27
Summe	103	55	158

Direkt durch Telefonanruf an einen Therapeuten weitervermittelte Patienten nahmen häufiger eine anschließende Therapie auf als Patienten, die sich - meist mit Hilfe der erhaltenen Adressenliste - den Therapieplatz selbst gesucht haben ($p < 0,02$).

Wurde bei der Suche nach einem Therapieplatz ein Therapeut konsultiert, der - wenn bei ihm keine Möglichkeit zur Therapie gegeben war - aktiv weiterhalf, erhöhte sich die Quote der Behandlungsaufnahmen ($p < 0,02$).

Es ist nicht klar, ob sich die Vermittlungsrate insgesamt derartig steigern ließe, wenn alle Patienten einen Therapieplatz zugewiesen bekämen. Man kann aber annehmen, daß eine aktivere Vermittlungshilfe bei bestimmten Patienten sicher dazu beitragen würde, daß mehr Patienten eine weitere Therapie aufnehmen würden. Der Gefahr, daß damit auch die Zahl vorzeitig abgebrochener Therapien ansteigt, könnte durch klare Indikationsstellung zur Art der Vermittlungshilfe begegnet werden. Auf dieses Problem soll im letzten Abschnitt noch näher eingegangen werden.

4.2.3 Wie wurden die einzelnen Therapievorschläge aufgenommen?

Während der therapeutischen Gespräche in der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik bekamen die Patienten einen ihrer Situation und Problematik entsprechenden Vorschlag zur weiteren Therapie. Sie erhielten dann eine Liste mit Adressen geeigneter Therapeuten, den Therapieplatz sollten sie sich normalerweise selbst suchen. Einige Patienten kamen zu einer Kurztherapie, ehe sie weiterverwiesen wurden. Die an das therapeutische Erstgespräch anschließende Therapie oder der Therapievorschlag wurden für die einzelnen Patienten in der Patientendokumentation vermerkt.

Um ein Feedback für die Aufnahme der Vorschläge zu haben, wurde auch im Fragebogen nach der vorgeschlagenen Therapie gefragt. Es interessierte, wie die Therapievorschläge im einzelnen aufgenommen wurden und welche Einstellung die Patienten zur Therapie zeigten. Dazu wurden die Angaben zur weiteren Therapie aus Patientendokumentation und Fragebogen einander gegenübergestellt.

Tabelle III-11

Die Behandlungsaufnahme und die Art der empfohlenen Therapie

	Patientenkartei insgesamt		nur Antw.: ja Patienten		Fragebogen Antworten insgesamt		nur Beh.: ja Patienten	
analyt.Einzeltherp.	99	(27,2%)	71	(30,3%)	65	(27,8%)	35	(31,8%)
stat.Psychotherapie	23	(6,3%)	16	(6,8%)	23	(9,3%)	11	(10,0%)
analyt.Kurztherapie	23	(6,3%)	12	(5,1%)	6	(2,6%)	4	(3,6%)
Familientherapie	5	(1,4%)	2	(0,9%)	4	(1,7%)	1	(0,9%)
Ehepaartherapie	18	(4,9%)	12	(5,1%)	14	(6,0%)	6	(5,5%)
Gruppentherapie	49	(13,5%)	33	(14,1%)	55	(23,5%)	24	(21,8%)
Hypnose	1	(0,3%)	1	(0,4%)	1	(0,4%)	0	(0,0%)
Verhaltenstherapie	30	(8,2%)	18	(7,7%)	16	(6,8%)	11	(10,0%)
Gesprächstherapie	1	(0,3%)	1	(0,4%)	5	(2,1%)	2	(1,8%)
autogenes Training	17	(4,7%)	9	(3,8%)	13	(2,1%)	9	(8,2%)
andere ärztl.Beh.	8	(2,2%)	5	(2,1%)	11	(4,7%)	7	(6,4%)
andere Psychotherp.	8	(2,2%)	5	(2,1%)	2	(0,9%)	0	(0,0%)
Beratungsstelle	4	(1,1%)	3	(1,3%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)
psychiatr.Klinik	9	(2,5%)	4	(1,7%)	2	(0,9%)	0	(0,0%)
keine	23	(6,3%)	16	(6,8%)	10	(4,3%)	0	(0,0%)
Kurztherapie i.Haus	32	(8,8%)	21	(9,0%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)
keine Angabe	14	(3,8%)	5	(2,1%)	7	(3,0%)	0	(0,0%)
Summe	364	(100,0%)	234	(100,0%)	234	(100,0%)	110	(100,0%)

Die verschiedenen Therapiearten unterscheiden sich nicht wesentlich in der Häufigkeit, mit der sie von Patienten aufgenommen wurden. Dies erstaunt, wenn man die Unterschiede der Therapieformen hinsichtlich Zeitaufwand und erforderlichem persönlichem Einsatz vergleicht. Die Ergebnisse lassen annehmen, daß die Therapievorschläge den einzelnen Patienten angemessen waren.

Um zu sehen, wie die Patienten ihre Therapie empfanden, wurde bei den 110, die eine weitere Behandlung aufnahmen, die Art der Therapie mit der Zufriedenheitsskala der Frage 9 korreliert.

Tabelle III-12

Wie zufrieden waren die Patienten mit der empfohlenen Therapie?

	unzu-frieden	zieml. unzufr.	etwas unzufr.	weder noch	etwas zufr.	zieml. zufr.	zu-frieden
analytische Einzeltherapie	1 (2,9)	1 (2,9)	1 (2,9)	1 (2,9)	3 (8,6)	13 (37,1)	15 (42,9) %
stat. Psycho-therapie	1 (9,1)	1 (9,1)			2 (18,2)	4 (36,4)	4 (27,3) %
Gruppen-therapie	1 (4,2)	1 (4,2)	3 (12,5)	1 (4,2)	2 (8,3)	8 (33,3)	8 (33,3) %
Verhaltens-therapie	2 (18,2)		2 (18,2)	1 (9,1)	2 (18,2)	2 (18,2)	2 (18,2) %
Autogenes Training		1 (11,1)		1 (11,1)	1 (11,1)		2 (22,2) %
Ehepaar- und Fam.Therapie				1 (14,3)	3 (42,9)		3 (42,9) %

Die überwiegende Mehrzahl der Patienten scheint mit der aufgenommenen Therapie zufrieden zu sein, wobei die analytische Einzeltherapie, die das größte Engagement beim Patienten und den größten Einsatz des Arztes gegenüber dem einzelnen Patienten erfordert, am besten abschneidet.

4.2.4 Auffällige Unterschiede von Diagnose und Therapie bei den Geschlechtern

Auffällig sind auch die Unterschiede von Diagnose und Therapie bei den Geschlechtern.
Wie bereits in Tabelle I-3, III-4 und III-5 zu sehen ist, werden psychotherapeutische Möglichkeiten in größerer Zahl von Frauen in Anspruch genommen. Im Folgenden wird versucht, diesen Befund weiter zu verfolgen.

Tabelle III-13

Neurosenstruktur und Geschlecht
(signifikant im 1%-Niveau)

	vorlieg. Untersuchung männlich		weiblich		Summe	nach BAUMEYER männlich	weiblich
schizoid	13	(11,0%)	7	(3,7%)	20	3,6%	0,7%
depressiv	5	(4,2%)	18	(9,6%)	23	8,9%	9,8%
zwanghaft	15	(12,7%)	9	(4,8%)	24	24,1%	4,0%
hysterisch	4	(3,4%)	17	(9,0%)	21	0,9%	16,3%
Mischstruktur	81	(68,6%)	137	(72,9%)	218	62,5%	69,2%
Summe	118	(100,0%)	188	(100,0%)	306	100,0%	100,0%

Frauen sind überwiegend hysterisch und depressiv diagnostiziert, Männer vorwiegend zwanghaft und schizoid ($p < 0,01$). BAUMEYER, CREMERIUS und MOELLER haben entsprechende Befunde (5, 12, 32).

Tabelle III-14

Geratene Therapie (Ausschnitt)
(signifikant im 5%-Niveau)

	männlich	weiblich	Summe
analytische Kurztherapie	6	17	23
Verhaltenstherapie	16	14	30
Summe	22	31	53

Unter den Patienten der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik wurde Männern häufiger zu einer Verhaltenstherapie geraten, Frauen zu einer vom zeitlichen Aufwand vergleichbaren analytischen Kurztherapie ($p < 0,05$), ebenso häufiger zur analytischen Einzeltherapie.

Tabelle III-15

Inzidenz psychischer Erkrankungen nach DILLING

	männlich	weiblich
neurot./psychosom. Erkr.	1,44 %	1,92 %
Persönlichkeitsstörungen	0,31 %	0,12 %

Bei Männern diagnostizierten Nervenärzte häufiger Persönlichkeitsstörungen, bei Frauen dagegen Neurosen.

Die Verpflichtung, gesund und unangreifbar zu sein, betrifft in unserer Leistungsgesellschaft den Mann in stärkerem Ausmaß.
Eine Frau kann sich darum eine Schwäche eher zugestehen, die ein Mann bereits verdrängen würde. Das Durchhalten, seinen "Mann" stehen, sich nichts anmerken lassen, gelten in unserem Kulturkreis als typisch männliche Eigenschaften (47).

In diesem Sinne sind wohl auch obige Befunde zu interpretieren.
Frauen, die eher über ihre Beschwerden klagen und damit zum Arzt gehen, werden häufiger als hysterisch diagnostiziert; Männer, die sich mehr zusammennehmen, sich nichts anmerken lassen, als zwanghaft.

Bei Frauen, da sie sich - Rat und Hilfe suchend - dem Therapeuten eher mit ihren Problemen öffnen, wurde häufiger die Indikation zur analytischen Therapie gestellt. Bei Männern bestand häufiger Indikation zur Verhaltenstherapie, einer technischeren Art von Therapie, bei der mehr Distanz zum Innern der Seele gewährt wird.

4.3 Wodurch wurden die Patienten in ihrer subjektiven Einstellung zu den Beratungsgesprächen beeinflußt?

Die Merkmale, die in ihrer Bedeutung für die subjektive Reaktion auf die Gespräche dargestellt werden, sind:

Oberweisungsmodus zum psychotherapeutischen Beratungsgespräch,
Art der Vermittlungshilfe und
Behandlungsaufnahme.

Patienten, die im Anschluß an das psychotherapeutische Beratungsgespräch eine Therapie aufnahmen, fühlten sich mehr verstanden, geholfen und erleichert ($p < 0,02$). Diejenigen, die keine weitere Therapie aufnahmen, entsprechend mehr unbeeinflußt und belastet.

Spontan zum Beratungsgespräch gekommene Patienten fühlten sich gegenüber überwiesenen eher verstanden und erleichtert ($p < 0,05$).

Der enge Zusammenhang zwischen spontanem Kommen, positiver Einstellung zu den Beratungsgeprächen und Aufnahme der anschließenden Therapie ist eindringlich. Auch wenn ein Patient die Oberweisung zur Psychotherapie befolgt, kann eine starke Abwehr dagegen bestehen. Falls sie im Gespräch nicht überwunden wird, äußert sie sich unter Umständen später in einer negativen oder neutralen Reaktion oder im Nichtbefolgen des Therapievorschlages.
So ist bei Patienten mit starken Ängsten die Schwelle zur Therapieaufnahme höher, die Bereitschaft, spontan dem Therapeuten zu vertrauen, geringer. Ein Patient mit starker passiver Erwartungshaltung wird sich selten spontan zur Therapie entschließen oder weniger dazu neigen, eine langwierige Therapieplatzsuche auf sich zu nehmen. Die Schuld für sein Versagen würde er in projektiver Abwehr beim Therapeuten suchen, der sich zu wenig um ihn gekümmert habe. Es sind häufig klagsame Patienten, oft ohne richtige Motivation, deren Kritik verzerrt erscheint, wenn man dabei die Abwehr nicht berücksichtigt.

Welche Bedeutung kam nun der Art der Weitervermittlung für die subjektive Einschätzung der Gespräche zu?

Patienten, die direkt telefonisch weitervermittelt wurden, fühlten sich signifikant mehr verstanden und geholfen als Patienten, die eine Liste mit Adressen geeigneter Therapeuten erhielten, sich aber den Therapieplatz selbst suchen sollten ($p < 0,02$).

Je mehr Aktivität die Patienten für die weitere Suche eines Therapieplatzes aufbringen mußten, umso weniger fühlten sie sich verstanden und geholfen.

Wenn man gleichzeitig die Äußerungen von Patienten betrachtet, die erst nach wiederholten Anläufen die Möglichkeit hatten, eine weitere Therapie zu erhalten zeigt sich, welche Bedeutung es für die Patienten hat, ohne weitere Suche mit einer gegebenenfalls nötigen Therapie beginnen zu können.

4.4 Mögliche Ursachen für die unterschiedliche Weitervermittlungsfrequenz

Welche Konsequenzen ergeben sich aus den Untersuchungsergebnissen?

Patienten, die von niedergelassenen Ärzten oder von Krankenhäusern überwiesen wurden, zeigten geringere Bereitschaft zur späteren Therapieaufnahme als solche, die von selbst, über Angehörige, andere Beratungsstellen oder die psychiatrische Klinik in die Abteilung kamen. Einige der von Krankenhäusern oder von niedergelassenen Ärzten überwiesenen Patienten erklärten, daß sie nur auf Anraten ihres Arztes gekommen seien und sich garnicht psychisch krank fühlten. Es ist anzunehmen, daß diese Patienten durch die überweisende Stelle zu wenig auf ein psychotherapeutisches Gespräch vorbereitet waren.

Als weiterer Grund ist zu sehen, daß Patienten durch die bisherige somatische Behandlung die Psychogenese ihrer Symptome leichter verdrängen konnten oder erst garnicht wahrnahmen. Es war für sie leichter, mit somatischen Beschwerden zum Arzt zu gehen als mit Konflikten. Durch eine oft lang dauernde somatische Behandlung wurden sie dann auf die Somatogenese ihrer Symptome fixiert. Bei diesen Patienten ist es häufig schwierig, Konflikte bewußt zu machen oder sie für eine indizierte Psychotherapie zu motivieren (12, 31).

Patienten, die schon von selbst in die Abteilung kommen, bringen meist auch genügend Eigeninitiative auf, um anschließend auch einen Therapieplatz zu finden. Patienten, die überwiesen wurden, unterlagen diesem Selektionsfaktor "Eigeninitiative" vorher nicht.

Allgemein gilt es als prognostisch wichtig, daß sich der Patient für das Zustandekommen einer psychotherapeutischen Behandlung einsetzen muß. Nach den Untersuchungsergebnissen stellt sich aber die Frage, in welchem Ausmaß dies auch für schwer gestörte Patienten zutrifft.

Es stellt sich die Frage, ob Patienten z. B. mit starken Ängsten oder passiver Erwartungshaltung durch die häufige Zurückweisung bei der Therapieplatzsuche nicht vorzeitig aufgeben und ob solche Patienten nicht mehr Unterstützung brauchen als Patienten mit einer intakteren prämorbiden Struktur.

Gut motivierte Patienten finden in der Regel auch einen Therapieplatz. Die größeren Schwierigkeiten bestehen bei schlecht motivierten, stark gestörten Patienten mit der Tendenz zum Agieren und der Neigung, die Psychodynamik ihrer Störung in Ersatzbefriedigung umzuleiten.

5. ZUSAMMENFASSUNG

Eine katamnestische Untersuchung wurde mit Patienten der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik an der Psychiatrischen Klinik der Universität München durchgeführt.

Die Patienten kamen zu einem oder mehreren psychotherapeutischen Beratungsgesprächen. Der beratende Therapeut stellte jeweils die Indikation zur Psychotherapie und dem geeigneten psychotherapeutischen Verfahren sowie die Prognose. Gegebenenfalls versuchte er den Patienten zu einer von ihm vorgeschlagenen Therapie zu motivieren.

Den Patienten wurde während des psychotherapeutischen Beratungsgesprächs eine Anzahl geeigneter Therapeuten genannt, als eigene Leistung am Zustandekommen der weiteren Therapie sollten sie die Suche nach dem Therapieplatz in der Regel selbst übernehmen.

Zur Untersuchung stand die Frage, was aus den Patienten wird, wenn sie die Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik verlassen haben und wie sie auf die Gespräche reagieren; wann die Weitervermittlung erfolgreich war bzw. wann nicht und ob dabei Merkmale des Patienten oder des therapeutischen Gesprächs eine Rolle spielten. Dazu wurde jedem Patienten ein Fragebogen zugeschickt.

Aus der Patientendokumentation konnten folgende Ergebnisse gewonnen werden:

Die Hälfte der 364 erfaßten Patienten war jünger als 30 Jahre. Frauen waren stärker vertreten als Männer. Über die Hälfte der Patienten war Mitglied einer Ersatzkasse, die übrigen waren zu gleichen Teilen RVO-Kassenmitglieder und Privatpatienten. Die Patienten kamen in ansteigender Häufigkeit spontan, auf Anraten von Angehörigen oder anderer Stellen, durch Überweisung niedergelassener Ärzte und durch Überweisung von Krankenhäusern. Mehr als ein Viertel der Patienten kam von der Psychiatrischen Klinik der Universität.

Bei etwa 90 % der Patienten lag eine neurotische oder psychosomatische Erkrankung vor. Ebensohäufig wie seelische standen körperliche Symptome im Vordergrund der Beschwerden. Unter den Strukturdiagnosen war die depressive am häufigsten aufgeführt. Fast allen Patienten konnte eine adäquate Therapie empfohlen werden, da ein großes Spektrum verschiedener Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stand. Darunter waren ambulante und stationäre Psychotherapie, analytische Einzeltherapie, analytische Kurztherapie, Gruppentherapie, Paar- und Familientherapie, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, autogenes Training u. a.

Von den Patienten des Untersuchungskollektivs konnten 90 % mit dem Fragebogen erreicht werden. Von diesen antworteten wiederum 71,3 %. Die Hälfte gab an, dem Therapievorschlag gefolgt zu sein - ein nach den Erfahrungen aus der Literatur zu erwartender Befund (8, 44).
Die Gespräche wurden etwa zu je einem Drittel positiv, bedingt positiv und negativ beurteilt. Dieser Befund ist in der Katamnesenliteratur häufig anzutreffen (12, 45).

Welche Patienten nahmen häufiger an einer weiteren Psychotherapie teil, welche weniger häufig?
Zunächst wurden Faktoren dargestellt, die vom Ablauf des therapeutischen Gesprächs unabhängig sind.
Die in der Literatur beschriebenen - eine psychotherapeutische Behandlung begünstigenden - Selektionsfaktoren höhere Schulbildung (hier statt dessen Ersatzkassen statt RVO-Kassenzugehörigkeit), jüngeres Alter und spontane Kontaktaufnahme zum therapeutischen Gespräch konnten bestätigt werden. Die Tendenz zu Gunsten von Jüngeren, Angehörigen der Mittelschicht und Frauen bei der Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung scheint sich gegenüber früheren Untersuchungen noch verstärkt zu haben (8, 12).

Außer diesen, dem therapeutischen Gespräch vorgeschalteten Selektionsfaktoren, wurden Merkmale in ihrer Bedeutung für die Weiterbehandlung untersucht, die durch die Arzt-Patient-Interaktion entstehen, wie zum Beispiel die Diagnose.
Patienten mit vorwiegend seelischen Beschwerden nahmen häufiger die weiterempfohlene Psychotherapie auf als Patienten, die vorwiegend

über psychosomatische und psychovegetative Symptome klagten ($p < 0,05$). Als Erklärungsmöglichkeit dieses in der Literatur bekannten Tatbestandes sei A. MITSCHERLICH's Konzept der zweiphasigen Verdrängung bei psychosomatischen Erkrankungen erwähnt (31).

Nach den bisher aufgeführten auch in der Literatur beschriebenen Befunden sollen im Folgenden originäre Befunde dieser Untersuchung erwähnt werden.

Patienten, die aus der psychiatrischen Klinik der Universität in die Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik kamen, folgten signifikant häufiger dem Therapievorschlag als Patienten, die von anderen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten überwiesen wurden ($p < 0,05$). Unter anderem mag dabei die Art der Vorbereitung auf die psychotherapeutische Behandlung durch die vorher behandelnde Stelle eine Rolle spielen.

Frauen scheinen zu einer aufdeckenden psychotherapeutischen Behandlung eher bereit zu sein als Männer. Sie bekamen vom beratenden Therapeuten signifikant häufiger eine tiefenpsychologisch orientierte Therapie empfohlen, Männer signifikant häufiger eine Verhaltenstherapie. Dies mag im Zusammenhang damit gesehen werden, daß bei Männern im allgemeinen häufiger zwanghafte Neurosenstrukturen gefunden werden, bei Frauen hysterische (5, 46).

Patienten mit hysterischer Neurosenstruktur lagen bei der Therapieaufnahme und der Häufigkeit der beantworteten Fragebogen unter dem Durchschnitt aller Patienten, Patienten mit schizoider und depressiver Neurosenstruktur darüber. In ähnlicher Weise beurteilten letztere das beratende Gespräch häufiger positiv.

Boderlinepatienten und Patienten, bei denen Verdacht auf eine Psychose bestand, lagen in der Häufigkeit der Therapieaufnahmen und der beantworteten Fragebogen in der Tendenz unter dem Durchschnitt aller Patienten.

Nach aktiverem Eingreifen des beratenden Therapeuten bei der Weitervermittlung (z. B. direkt telefonisch) wurde die weitere Behandlung häufiger aufgenommen ($p < 0{,}02$). Die Art der empfohlenen Therapie hatte keinen nachweisbaren Einfluß auf die Häufigkeit der Weiterbehandlung. Ein im Einzelfall adäquates und insgesamt unvoreingenommenes Vorgehen bei der Therapieemfehlung kann diesen Befund erklären.

Die subjektive Reaktion auf die Gespräche war im Gegensatz zur jeweiligen Vergleichsgruppe signifikant besser bei Patienten, die spontan zu den Gesprächen kamen, bei Patienten, die eine weitere psychotherapeutische Behandlung aufnahmen und bei Patienten, die durch direktes Eingreifen des Therapeuten weitervermittelt wurden.
Man kann einerseits daraus schließen, daß die aktiveren oder mit einer intakteren prämorbiden Struktur ausgestatteten Patienten weniger dazu tendieren, ihr Versagen bei der Therapieplatzsuche dem beratenden Therapeuten anzulasten. Andererseits scheint eine aktivere Vermittlungshilfe den Bedürfnissen mancher Patienten entgegenzukommen.

6. LITERATURVERZEICHNIS

1. Alexander, F.:
Five years report of the Chicago Institut for Psychoanalysis 1932 - 1937

2. Argelander, H.:
Gruppenprozesse: Wege zur Anwendung der Psychoanalyse in Lehre, Behandlung und Forschung. Reinbeck: Rowohlt 1972

3. Balint, M., Enid Balint:
Psychotherapeutische Techniken in der Medizin.
Bern/Stuttgart: Hans Huber und Ernst Klett 1962

4. Balint, M., P. H. Ornstein, Enid Balint:
Fokaltherapie. Ein Beispiel angewandter Psychoanalyse.
Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1973

5. Baumeyer, F.:
Erfahrungen über die Behandlung psychogener Erkrankungen in Berlin. Fünfzehn Jahre Zentralinstitut für psychogene Erkrankungen.
Zschr. für Psychsom. Med. (1962) 167 - 183

6. Beckmann, D., J. W. Scheer:
Probleme der Dokumentation in Psychosomatik und Psychotherapie.
Zschr. f. Psychsom. Med. (1973) 35 - 45

7. Blöschl, L.:
Grundlagen und Methoden der Verhaltenstherapie.
Bern: Hans Huber 1961

8. de Boor, C., E. Künzler:
Die psychosomatische Klinik und ihre Patienten. Erfahrungsbericht der psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg.
Bern/Stuttgart: Hans Huber und Ernst Klett 1963

9. Bräutigam, W., P. Christian:
Psychosomatische Medizin. 2. Aufl., Stuttgart: Georg Thieme 1975

10. Budzynski, T.,S. Stoyka:
Biofeedbacktechniken in der Verhaltenstherapie und im autogenen Training.
in: Birbaumer (Hrsg.): Neuropsychologie der Angst.
Fortschritte der klinischen Psychologie Bd. 3
München: Urban und Schwarzenberg 1973

11. Cremerius J., S. Elhardt, W. Hose, M. Oelze und W. Seitz:
Psychosomatik im Rahmen einer Medizinischen Poliklinik.
Münchn. Med. Wschr. 8 (1954) 185 - 187

12. Cremerius, J.:
Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie.
Berlin: Springer 1962

13. Dilling H., S. Weyerer:
Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrische Versorgung.
München: Urban und Schwarzenberg 1978

14. Dührssen, Annemarie:
Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie.
Zschr. f. Psychosom. Med. 8 (1962) 94 - 114

15. Dührssen, Annemarie:
Analytische Psychotherapie in Theorie, Praxis und Ergebnissen.
Göttingen: Vandenhoek und Ruprecht 1972

16. Elhardt, S.:
Psychoanalytische Behandlungsverfahren.
in: Psychoanalyse heute, Theorie und Praxis.
Hrsg.: Hau, T. F., H. G. Arnds
Stuttgart: Hippokrates 1977

17. Ermann, M:
Catamnesis in psychotherapie: goals and future.
Psychther. Psychsom. 24 (1974) 359 - 367

18. Ernst K.,H. Kind, Margit Rotach-Fuchs:
Ergebnisse der Verlaufsforschung bei Neurosen.
Heidelberg: Springer 1968

19. Eysenck, H. J.:
The effects of psychotherapie: An evaluation
J. con. Psychol. 16 (1952) 319 - 342

20. Fenichel, O.:
Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit.
in: Zehn Jahre Berliner psychoanalytisches Institut.
Wien: Int. psychoanal. Verlag 1930

21. Freud, S.:
Studien über die Hysterie.
Ges. Werk I, S. 140 und 162, London: Imago Publ. Co. 1952

22. Freud, S.:
Nachschrift zur Analyse des Kleinen Hans.
Ges. Werke XIII, S. 429, London: Imago Publ. Co. 1952

23. Hartig, Monika:
Probleme und Methoden der Psychotherapieforschung.
München: Urban und Schwarzenberg 1975

24. Heigl-Evers, A.:
Psychoanalyse und Gruppe.
Göttingen: Vandenhoek und Ruprecht 1971

25. Hoffmann S. O., R. Gebhard:
Möglichkeiten der Kontrolle psychotherapeutischer Ergebnisse.
Praxis d. Psychther. (1973) 241 - 252

26. Holligshead A. G., F. C. Readlich:
Social class and mental illness.
New York: Wiley and Sons 1958

27. Houben, A.:
Klinisch-psychologische Beratung.
München: Reinhardt 1975

28. Jones, E.:
Decennial report of the Londen clinic of Psychoanalysis
1926 - 1936

29. Kraiker, Ch.:
Handbuch der Verhaltenstherapie, 2. Aufl.
München: Kindler 1975

30. Malan, D. H.:
Psychoanalytische Kurztherapie. Eine kritische Untersuchung.
Bern: Huber und Stuttgart: Klett 1965

31. Mitscherlich, A.:
Zur psychoanalytischen Auffassung psychosomatischer Krankheitsentstehung.
Psyche 7 (1953/54) 561

32. Moeller M. L., J. W. Scheer:
Student und psychische Störung. Eine Bestandsaufnahme der Psychotherapeutischen Beratung für Studierende an der Justus-Liebig-Universität Gießen (PBS)
Gießen 1970

33. Müller-Hegemann, D.:
Medizinische Psychotherapie.
Stuttgart: Gustav Fischer 1976

34. Pfeffer, Ruth:
Konzepte psychoanalytisch orientierter Beratung.
Psyche 34 (1980) 1-23

35. Pflanz, M.:
Soziokulturelle Faktoren und psychische Störungen.
Fortschritte d. Neurologie, Psychiatrie 9 (1960) 471 - 508

36. Piper, W. E., M. Morgan:
Place to effect in psychtherapy: An extention of earlier findings.
J. consult. and clin. Psychol. 34 (1970) 447

37. Richter, H. E., Stotzka, H., Willi, J.:
Familie und seelische Krankheit.
Reinbeck: Rowohlt 1976

38. Rogers, C. R.:
Client-centered Therapy
Boston: Miflen 1951
Deutsche Ausgabe: Die klientzentrierte Gesprächstherapie.
München: Kindler 1976

39. Schulte, W., R. Tölle:
Psychiatrie. 5. Aufl.
Berlin: Springer 1979

40. Schultz, J. H.:
Das autogene Training. 14. Aufl.
Stuttgart: Thieme 1973

41. Schulz-Hencke, H.:
Lehrbuch der analytischen Psychotherapie.
Stuttgart: Thieme 1951

42. Strotzka, H. (Hrsg.):
Psychotherapie. Grundlagen, Verfahren, Indikationen.
München: Urban und Schwarzenberg 1975

43. Tausch, R.:
Gesprächstherapie.
Göttingen: Hogrefe 1973

44. Weiger, H., M. Wirsching:
Aspekte der Patientenselektion in der psychosomatischen Ambulanz.
Zschr. Psychsom. Med. und Psychoanal. 2 (1977) 170 - 178

45. Widok, W.:
Verlaufsbeobachtung und Erfolgsbeurteilung in der Psychotherapie.
Psychther. med. Psychol. 20 (1970) 184

46. Willi, J.:
Therapie der Zweierbeziehung.
Reinbeck: Rowohlt 1978

47. Willi, J.:
Der Kampf der Geschlechter als Kollusion
Familiendynamik 3 (1978) 3 - 19

48. Zerssen, D. v.:
Selbstbeurteilungsskalen zur Abschätzung des "subjektiven Befindens"
in psychopathologischen Querschnitt- und Längsschnittuntersuchungen
Arch. Psychiat. Nervenkr. 217 (1973) 299 - 314

49. Mündliche Mitteilung durch Mitglieder der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik an der Psychiatrischen Klinik der Universität München

50. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Enquête).
Deutscher Bundestag Drucksache 7/4200 und 4201, Bonn 1975

51. Statistisches Jahrbuch 1978 für die Bundesrepublik Deutschland
Herausgeber: Statistisches Bundesamt Wiesbaden
W. Kohlhammer GmbH Stuttgart und Mainz

LEBENSLAUF

11. 04. 1953	in Heidelberg geboren Eltern: Dr. Hans Ludwig von Cube, Dipl.Ing. Ilse von Cube geb. Pelzer
1960 - 1964	Besuch der Volksschule in Wilhelmsfeld bei Heidelberg
1964 - 1972	Besuch des Kurfürst-Friedrich-Gymnasiums in Heidelberg
1970/71	Einjähriger Auslandsaufenthalt und Schulbesuch in den USA
Juni 1972	Abitur in Heidelberg
Okt. 1972 - April 1973	Wehrpflichtiger bei der Bundeswehr
April 1973	Beginn des Medizinstudiums an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg i. Br.
August 1975	Ärztliche Vorprüfung in Freiburg i. Br.
Okt. 1976	Wechsel des Studienortes nach München Immatrikulation an der Ludwig-Maximilians-Universität in München
März 1977	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung in München
März 1980	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung in München
April 1980 - März 1981	Medizinstudent im Praktischen Jahr am Krankenhauszweck- verband Augsburg und an der Psychiatrischen Klinik der Universität München
April und Mai 1981	Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung in München